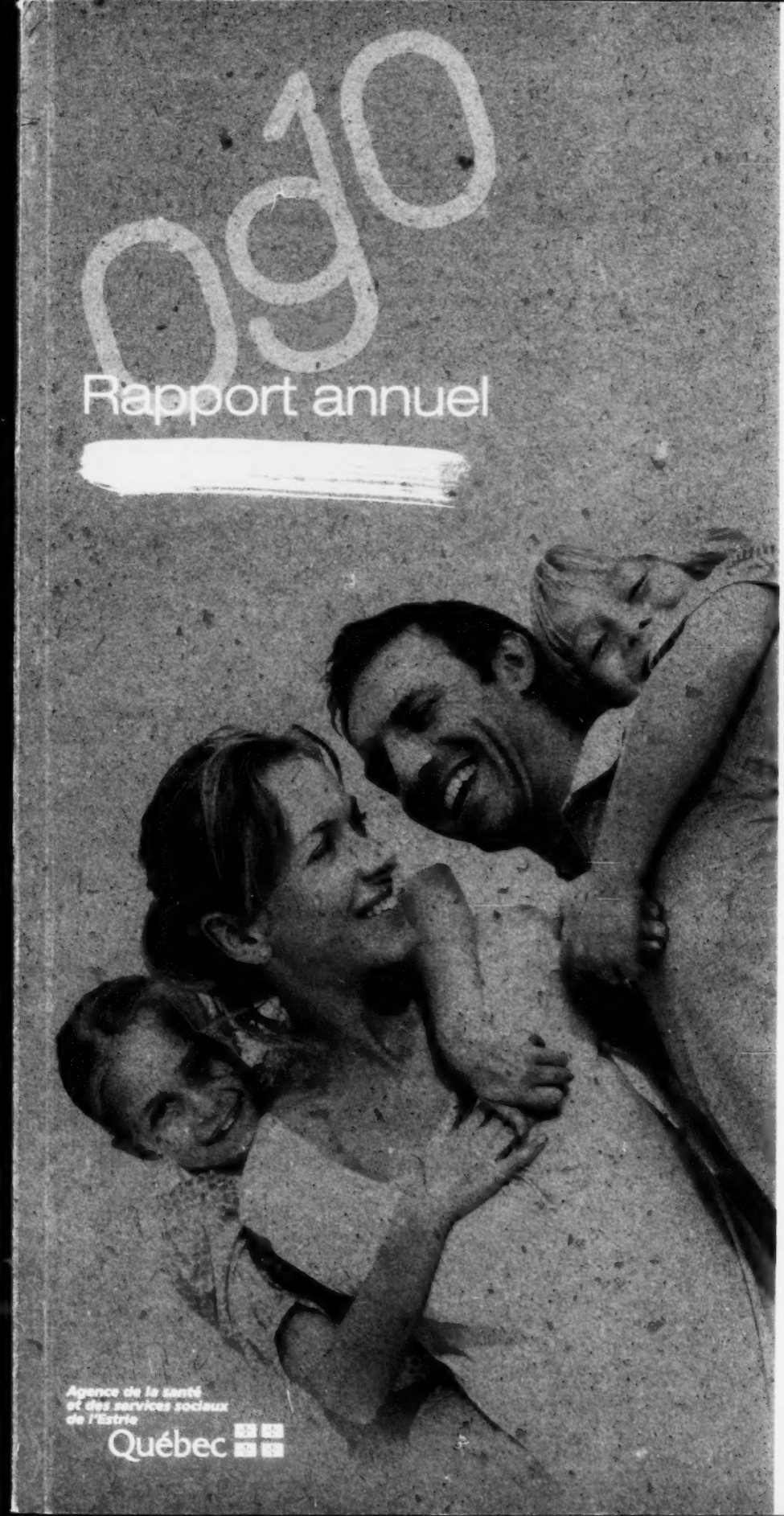
Rapport annuel



Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec

Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

COORDINATION

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

RÉDACTION

Directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

GRAPHISME DE LA PAGE COUVERTURE

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

RÉVISION DES TEXTES, MISE EN PAGE ET CORRECTION

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

DIFFUSION

Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

DÉPÔT LÉGAL

ISBN 978-2-923743-10-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-923743-11-0 (version PDF)
Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et archives du Canada, 2010

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec le Service de la performance, de la qualité et des communications de la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines, au : 819 829-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante :

>>> **www.santeestrie.qc.ca.**

Table des matières

1 ***MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE*** 7

2 ***DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES*** 9

3 ***RÔLE ET ÉTAT GÉNÉRAL DU FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE*** 10

3.1 MISSION ET VALEURS DE L'AGENCE 10
3.2 TERRITOIRE COUVERT ET SA POPULATION 14
3.3 RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 14
3.4 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 16
3.5 CONSEIL D'ADMINISTRATION 16
3.6 FORUM DE LA POPULATION 16
3.7 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 17
3.8 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE 18
3.9 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE 19
3.10 LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE 20
3.11 LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES 22
3.12 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 23

4 ***ENJEUX PRIORITAIRES*** 26

4.1 ***ENJEU 1*** : CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES, AVEC UNE OPTIMISATION DE L'UTILISATION DES RESSOURCES 26

4.1.1 ***Orientation 1 :*** Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population 26
4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population 26

4.1.2 ***Orientation 2 :*** Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services 26
4.1.2.1 Programmes-services 26
4.1.2.2 Services médicaux de première ligne et spécialisés 32

4.1.3 ***Orientation 3 :*** Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés 35
4.1.3.1 Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne 35

4.1.4 ***Orientation 4 :*** Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services 36
4.1.4.1 Projet clinique et organisationnel : partenariat et mise en réseau de services de santé et de services sociaux 36
4.1.4.2 Mécanismes de concertation 37

4.1.5 ***Orientation 5 :*** Répondre aux défis par le développement d'une organisation performante et novatrice des services de santé 38
4.1.5.1 Performance 38

4.1.6 ***Orientation 6 :*** Assurer la qualité des soins des services de santé et des services sociaux offerts 39
4.1.6.1 Amélioration continue de la qualité 39
4.1.6.2 Sécurité civile 40
4.1.6.3 Prestation sécuritaire 45
4.1.6.4 Certification des résidences pour personnes âgées 46
4.1.6.5 Plan régional de traitement des plaintes 46

4.1.7 ***Orientation 7 :*** Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles 47
4.1.7.1 Ressources financières 47
4.1.7.2 Ressources matérielles 48
4.1.7.3 Ressources informationnelles et technologiques 50

4.2 ***ENJEU 2 :*** MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RSSSE 51

4.2.1 ***Orientation 8 :*** Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux 51
4.2.1.1 Recrutement de la main-d'œuvre 52

4.2.2 ***Orientation 9 :*** Améliorer les processus de recrutement des établissements 53
4.2.2.1 Recrutement de la main-d'œuvre 53

4.2.3 ***Orientation 10 :*** Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du RSSS du Québec 54
4.2.3.1 Rétention de la main-d'œuvre 54
4.2.4 ***Orientation 11 :*** Positionner le développement des compétences auprès des employeurs et du personnel du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d'œuvre et d'amélioration de la performance des établissements 56
4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines 56
4.2.5 ***Orientation 12 :*** Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements 56
4.2.5.1 Développement des compétences des ressources humaines 56
4.2.6 ***Orientation 13 :*** Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidates et des candidats, ainsi que du personnel 58
4.2.6.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux 58
4.2.7 ***Orientation 14 :*** Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre 58
4.2.7.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux 58
4.3. **ENJEU 3 :** DÉVELOPPEMENT ET MISE EN ŒUVRE D'ACTIONS EFFICACES EN PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, EN PRÉVENTION DES MALADIES ET EN PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE 59
4.3.1 ***Orientation 15 :*** Accentuer les mesures de promotion de la santé et du bien-être, et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique 59
4.3.1.1 Habitudes de vie et maladies chroniques 59
4.3.1.2 Traumatismes non intentionnels 64
4.3.1.3 Maladies infectieuses 65
4.3.1.4 Santé environnementale 66
4.3.1.5 Santé au travail 66
4.3.1.6 Développement, adaptation et intégration sociale 67
4.3.2 ***Orientation 16 :*** Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique 71
4.3.2.1 Action intersectorielle 71
4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives 72
4.3.2.3 Soutien au développement des communautés 72
4.3.3 ***Orientation 17 :*** Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou de déclarations de maladies ou d'intoxications à déclaration obligatoire 73
4.3.3.1 Maladies infectieuses 73
4.3.3.2 Santé environnementale 73
4.3.3.3 Santé au travail 73

5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 74
5.1 LE CONTRÔLE DE LA CONFORMITÉ 74
5.2 LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LEURS SECTEURS D'ACTIVITÉS 74

6 DONNÉES FINANCIÈRES 75
6.1 RAPPORT DE LA DIRECTION 75
6.2 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 76
6.2.1 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 78
6.2.2 États des soldes des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 82
6.2.3 Bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2010 86
6.2.4 Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2010 87
6.2.5 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 88
6.2.6 Notes aux états financiers 89
6.3 ALLOCATIONS DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS 97
6.3.1 Allocations 2009-2010 97
6.3.2 Autorisations d'emprunt 99
6.3.3 Objectif de retour à l'équilibre budgétaire 99
6.4 ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 100

ANNEXE 1 108
ANNEXE 2 109
ANNEXE 3 113

Liste des sigles et des acronymes

AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AOGQ	Association des obstétriciens et gynécologues du Québec
APSAM	Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail dans le secteur des affaires municipales
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
ASSSE	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
BATH	Besoin d'aide technique lors de l'hygiène
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCMU	Centre de coordination des mesures d'urgence
CCSC-MS	Centre de coordination régional en sécurité civile – Mission santé
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement en soins de longue durée
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CIRE	Commission infirmière régionale de l'Estrie
CJE	Centre jeunesse de l'Estrie
CLSC	Centre local de services communautaires
CMURE	Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie
COGESAF	Conseil de gouvernance de l'eau des bassins versants de la rivière Saint-François
COPIN	Comité de planification et d'intervention
CRDPE	Comité régional du développement du personnel d'encadrement
CRE	Centre de réadaptation Estrie
CREE	Conférence régionale des élus de l'Estrie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSS-IUGS	Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DAMU	Direction des affaires médicales et universitaires
DGACRH	Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines
DI-TED	Déficience intellectuelle – trouble envahissant du développement
DLCC	Direction de lutte contre le cancer
DNSP	Directeur national de santé publique
DOS	Direction de l'organisation des services
DP	Déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directrices et directeurs des services professionnels
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GP2S	Groupe de promotion pour la prévention en santé
GPMO	Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
IAMEST	Infarctus du myocarde avec une élévation du segment ST
ICCA	Institut canadien des comptables agréés
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement ou par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MFQ	Ministère des Finances du Québec
MGF	Manuel de gestion financière
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MRC	Municipalités régionales de comté

Liste des sigles et des acronymes

MRNF	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEDC	Observatoire estrien du développement des communautés
PACS	Picture Archiving and Communication System
PAG	Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012. Investir pour l'avenir
PAICE	Programme structuré d'accueil et d'intégration des cadres en Estrie
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PCGR	Principes comptables généralement reconnus
PCP	Pratiques cliniques préventives
PÉMU	Plan d'effectifs médicaux universitaires
PFT	Programme fonctionnel et technique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMO-PPE	Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs
PNSP	Programme national de santé publique
POD	Point of Distribution
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQFPI	Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PRIE	Projet régional d'intégration en Estrie
PRIESH	Partenariat régional d'intégration des professionnels de la santé d'expression anglaise
PRIMOS	Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé
PRIMOSSS	Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux
PSI	Plan de services individualisés
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG	Prothèse totale du genou
PTH	Prothèse totale de la hanche
RID	Répertoire d'imagerie diagnostique
RLS	Réseau local de services
RRAS	Régime de retraite de l'administration supérieure
RREGOP	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRPE	Régime de retraite du personnel d'encadrement
RSIPA	Réseau de services intégrés aux personnes âgées
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RSSSE	Réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie
RT-PCR	Reverse Transcriptase – Polymerase chain reaction
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIR	Système d'information en radiologie
SIRH	Système d'information des ressources humaines
SISAT	Système d'information sur la santé au travail
SISSS	Système d'information pour la sécurité des soins et des services
SIV	Soutien intensité variable
SNT	Site non traditionnel
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
SPQC	Service de la performance, de la qualité et des communications
TCRE	Table de coordination régionale de l'Estrie
TECFE	Table estrienne de concertation Formation-Emploi
TECO	Townships Education and Career Opportunities
TMT	Table médicale territoriale
TOT	Projet de transformation de l'organisation du travail
TRQ	Table régionale Qualité
TRPIN	Table régionale de prévention des infections nosocomiales
TRRH	Table régionale des ressources humaines
TRRI	Table régionale des ressources informationnelles
UPA	Union des producteurs agricoles
VHR	Véhicules hors routes
VPH	Virus du papillome humain

Message du président-directeur général et du président du conseil d'administration de l'Agence

Nous terminons la deuxième année de notre planification stratégique 2008-2011. À la suite de la rédaction de celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les années 2010-2015, nous prolongeons la nôtre en apportant des ajustements pour qu'elle soit conforme à celle du Ministère. Après deux ans, nous respectons les objectifs et les échéanciers fixés. De plus, notre vision pour les cinq prochaines années est conforme à celle du Ministère. Comme l'an dernier, il convient de résumer la dernière année sur trois chapitres.

> Accessibilité

La première priorité étant toujours l'accessibilité, elle ne change pas pour les cinq prochaines années. Beaucoup de secteurs de services se sont améliorés, mais pas tous. Les délais d'accès en chirurgie ont continué de diminuer, mais pas suffisamment. Le pourcentage des attentes de 275 jours et plus, par rapport au nombre total de personnes sur la liste d'attente, est passé de 22 % à 14 %, mais il reste toujours 675 personnes dépassant le délai de 275 jours. Par ailleurs, le nombre en attente demeure autour de 4 000, reflétant les difficultés pour les établissements d'augmenter la productivité en chirurgie de façon significative. La situation pour les cas de hanches, de genoux et de cataractes est maintenant sous contrôle. Les délais maximaux d'attente dépassent rarement six mois. L'accès à un médecin de première ligne demeure toujours difficile. Nous avons réussi à augmenter de 24 000 les inscriptions dans les groupes de médecine de famille (GMF) et augmenter de 52 % à 69 % le nombre de clientes et de clients orphelins avec maladie chronique ayant obtenu un rendez-vous dans un délai prescrit, mais cela est insuffisant. Les citoyennes et les citoyens réclament un meilleur accès à la première ligne de santé physique et ils ont raison. L'augmentation du nombre de médecins de famille formés commence à se faire sentir, mais la modification des pratiques cliniques doit s'accélérer. L'accès à des services diagnostiques en imagerie demeure déficient. Combiné à un manque de liens entre la première ligne et la deuxième ligne, ce problème, lié également à des pratiques cliniques différentes, demeure le problème numéro un des établissements de santé physique de la région, en particulier du CHUS. Nous avons convenu, au cours des dernières semaines, d'un plan d'action comportant des actions concrètes pour améliorer la situation au cours de la prochaine année.

Du côté des bonnes nouvelles, l'accès aux services de première ligne s'est amélioré dans tous les programmes-services. Les établissements ont atteint et même dépassé les cibles nationales et régionales, et cela, malgré le ralentissement de trois mois dans les activités à l'automne causé par la pandémie. Dans ce dernier dossier, nous avons dépassé, en Estrie, le taux de vaccination moyen du Québec.

> Adaptation des services

Les besoins changent et augmentent, d'où la nécessité d'adapter les services. La vaste réorganisation des services en santé mentale se termine. La responsabilité des ressources d'hébergement incombe maintenant aux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cela facilite la réinsertion dans la communauté tout en rapprochant les services du client.

Les travaux pour implanter l'approche « gériatrique » dans les hôpitaux ont débuté. C'est un vaste chantier qui s'échelonnera sur trois ans. Pour faire face aux défis de l'augmentation de la population vieillissante, l'action doit se situer en amont pour prévenir les causes menant à la perte d'autonomie.

Dans tous les programmes-services, l'adaptation est continue. La certification des résidences privées pour personnes âgées, l'accréditation des ressources en toxicomanie, la demande croissante de ressources d'hébergement mieux adaptées aux besoins de la clientèle en déficience physique ou intellectuelle, la Loi sur la protection de la jeunesse, une meilleure prise en charge par la première ligne, sont des impératifs guidant et forçant la transformation du réseau.

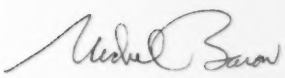
> Performance des services

Les ressources sont limitées, mais importantes. Malgré les investissements majeurs des dernières années en santé et en services sociaux, les listes d'attente persistent et l'accessibilité n'est pas optimale, d'où la nécessité de continuer les efforts pour augmenter la productivité. Tous les établissements s'étaient commis, en début d'année, sur des objectifs précis en regard de la productivité et de l'accessibilité. Nous évaluons le taux de succès à 80 % en général et à plus de 90 % en première ligne.

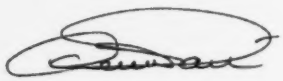
Accès, adaptation et performance nécessitent des ressources humaines suffisantes et de qualité. Le plan de main-d'œuvre établi en 2007 continue tout en s'adaptant aux réalités nouvelles. Les résultats sont au rendez-vous. La crise de la pénurie n'est pas terminée, mais nous sommes confiants d'avoir mis en place toutes les mesures nécessaires pour y faire face.

Vous trouverez dans ce rapport une description détaillée des objectifs en début d'année et les résultats obtenus. Nous demeurons fiers de notre réseau estrien et de ses succès. Nous progressons vers un réseau de services bien intégrés permettant un accompagnement du client pour son continuum de soins. Les progrès réalisés sont le résultat d'une multitude de partenaires et de personnes travaillant dans les établissements et les organismes communautaires. Sans oublier les centaines de bénévoles supportant le réseau en œuvrant aux conseils d'administration, au forum de la population et aux comités des usagers.

La population de l'Estrie est fière de notre réseau d'établissements de santé et de services sociaux. La direction de l'Agence et son personnel continueront à jouer leur rôle pour préserver, consolider et améliorer les services. Les défis demeurent nombreux. La période de resserrement budgétaire nous forcera à innover et à rechercher avec l'ensemble du personnel de nouvelles façons de faire. Au-delà des ressources, nous croyons qu'il y a encore place à l'amélioration et à l'optimisation.



Dr Michel Baron
Président-directeur général



Me Denis Paré
Président du conseil d'administration

Déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2009-2010 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Rôle et état général du fonctionnement de l'Agence

> 3.1 Mission et valeurs de l'Agence

MISSION

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines, et de services généraux et spécialisés.

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagères et des usagers;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagères et aux usagers;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et d'en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et de favoriser leur collaboration avec les autres agentes et agents de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
  - informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
  - identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
  - mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
  - développer une expertise en promotion et en prévention;
  - identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;
- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;

- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagères et des usagers;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies (article 346);
- délivrer la certification à l'exploitante ou à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées si, après vérification, cette personne remplit les conditions prévues (article 346.0.7);
- faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitante ou l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité, afin de vérifier dans quelle mesure cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.8);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

VALEURS

L'Agence préconise des valeurs qui l'animent et la soutiennent dans toutes ses activités et ses relations avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels :

> Le respect
> L'équité
> Le partenariat
> La reconnaissance
> La performance

Le respect, l'équité, le partenariat, la reconnaissance et la performance sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Agence pour accomplir sa mission et pour établir ses relations avec ses partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, et avec ses partenaires intersectoriels.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. En privilégiant ces cinq valeurs, l'Agence exprime l'intention qu'elles soient respectées, dans ses rapports avec ses partenaires, avec d'autres organisations, ou encore avec le public en général, et qu'elles soient également respectées en regard des ressources humaines.

Il va de soi que les décisions que prendra le RSSS devront respecter l'ensemble des valeurs préconisées, sans privilégier l'une au détriment de l'autre. Les précisions qui suivent viennent enrichir l'énoncé de chaque valeur et donner, à titre indicatif, la perspective dans laquelle pourra s'incarner chacune d'elles.

Respect

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

Cette première valeur choisie constitue l'assise des valeurs communes du RSSS, et exprime le respect des citoyennes et des citoyens, des groupes, des organisations et des informations transmises sous le couvert de la confidentialité.

Le respect se manifeste également dans les attitudes et dans les comportements à l'égard du personnel, des partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population :

- À l'égard du personnel, des partenaires intersectoriels et de la population, le respect commande l'attention qu'on leur accorde, l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Le respect de la dignité humaine et de la valeur de chaque personne doit toujours inspirer l'exercice de l'autorité et de la responsabilité.
- À l'égard des partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, le respect fait appel à l'ouverture envers ces derniers, qui encadrent et rendent possible l'exercice de la mission de l'Agence. Cette valeur implique une relation de confiance avec les partenaires de travail et envers le RSSS.

Équité

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacune et de chacun, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

La notion d'équité s'applique d'abord à la population, aux établissements et aux organismes communautaires. Elle s'applique également au personnel.

Cette valeur s'appuie sur les droits et libertés des personnes, et signifie que notre organisation vise un équilibre dans l'accès aux ressources et à la gamme de services de santé et des services sociaux offerts sur l'ensemble du territoire. L'équité suppose que nos procédés ne créent ni préjudice ni désavantage manifeste, et que toutes et tous soient à l'abri d'une forme d'injustice quant aux résultats de nos actions.

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence tient compte des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble...

Partenariat

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

L'Agence reconnaît l'apport essentiel de tous les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, par le partage de leurs ressources et par leur complémentarité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'Agence croit en l'importance d'établir des rapports de collaboration avec les citoyennes et les citoyens, les partenaires, les syndicats et les autres organisations qui se sentent liés, ou qui partagent une responsabilité et des intérêts communs en lien avec le RSSS.

En choisissant cette valeur, l'Agence souligne l'importance de développer une coopération avec tous les partenaires du réseau, dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels, afin de favoriser une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population, et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

Reconnaissance

La reconnaissance signifie que l'Agence est consciente que ses partenaires et son personnel sont les atouts les plus précieux de son organisation et la clé de son succès. À ce titre, l'Agence les reconnaît et les valorise, entre autres, par de la formation et du soutien à la prise de l'emploi.

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux. Ces résultats méritent d'être soulignés et mis en valeur. Celles et ceux qui les ont développés doivent pouvoir constater l'appréciation de leur milieu. De plus, tous les efforts pour faire mieux doivent être encouragés et appuyés.

L'Agence reconnaît l'importante contribution des ressources humaines pour l'actualisation de sa mission. La participation et l'engagement du personnel et des partenaires, dont les organismes communautaires, sont essentiels au développement d'une organisation de services intégrés, ainsi qu'à la prestation de services de qualité.

en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population.

Performance

La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence affirme être en mesure d'assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

L'Agence a le souci d'obtenir les meilleurs résultats en utilisant le mieux possible les ressources humaines, matérielles, financières et informatiques à sa disposition.

L'utilisation optimale des ressources nécessite une approche d'imputabilité rigoureuse et une démarche d'intersectorialité, où la mise en commun des habilités, des connaissances, des perceptions, la recherche constante de solutions plus adéquates, ainsi que l'entraide et le soutien mutuel, contribuent à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Cette valeur suggère enfin l'importance d'être attentif à saisir les possibilités de développement ou d'optimisation, tout en ayant un souci de premier ordre pour la qualité des services. En ce sens, l'Agence vise à satisfaire, dans le respect des normes, selon les meilleures pratiques et au moindre coût, les besoins et les attentes de la population qu'elle dessert.

> 3.2 Territoire couvert et population

En Estrie, le RSSS couvre un territoire de 10 187,56 km² divisé en six MRC et un territoire équivalent, soit celui de la Ville de Sherbrooke. Le réseau dessert une population de 306 369 personnes.

MRC ou territoire	Population 2009			Superficie (km²)
	HOMME	FEMME	Total	
MRC du Granit	11 570	10 905	22 475	2 731,80
MRC des Sources	7 232	7 219	14 451	777,35
MRC du Haut-Saint-François	11 378	10 678	22 056	2 276,95
MRC du Val-Saint-François	15 210	14 516	29 726	1 380,42
Ville de Sherbrooke	73 877	77 962	151 839	366,00
MRC de Coaticook	9 612	9 227	18 839	1 331,83
MRC de Memphrémagog	23 248	23 735	46 983	1 323,21

Source : MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2006. De plus, ces données de population tiennent compte de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009. (Découpage en vigueur le 1er janvier 2010)

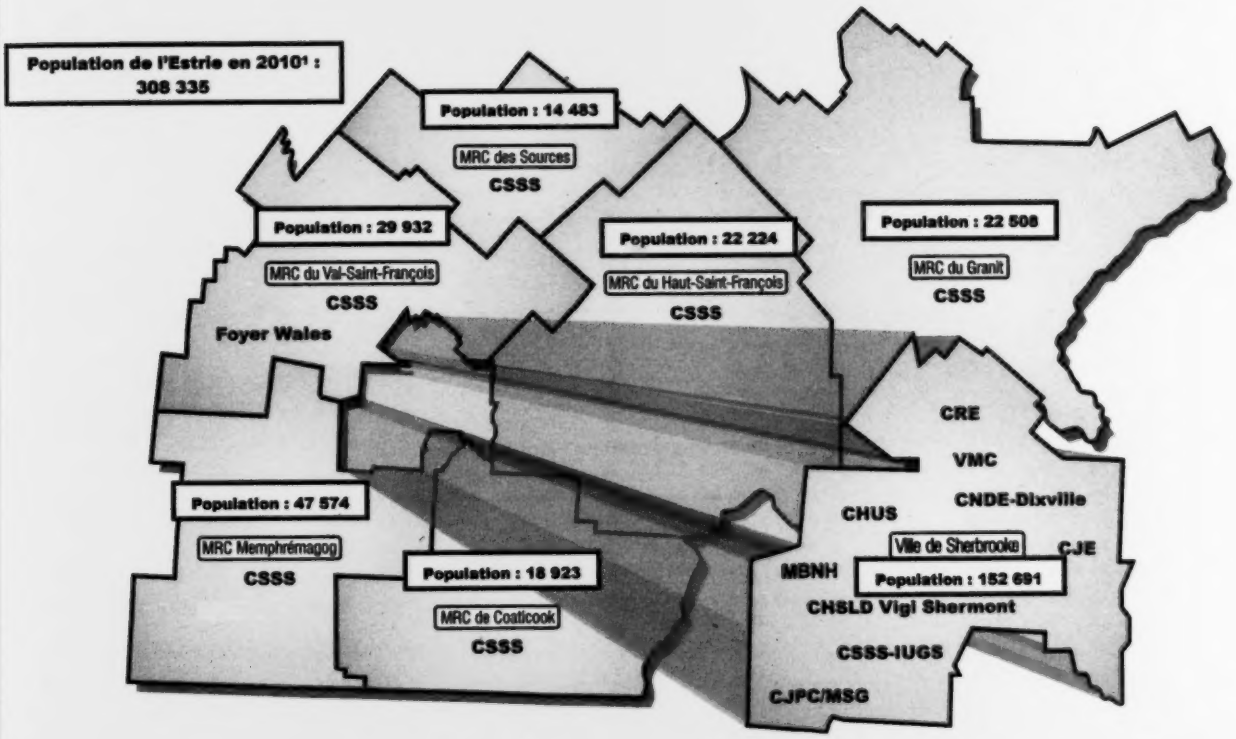
> 3.3 Réseau d'établissements de santé et de services sociaux

Au 31 mars 2010, la population estrienne était desservie par 17 établissements répartis de la façon suivante, en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
Centres de santé et de services sociaux (CSSS)	7	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)		3
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centres de réadaptation :		
Alcoolisme et toxicomanie	1	
Déficience intellectuelle	2	
Déficience physique	1	
Mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier universitaire	1	

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE



[1] **Source :** MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2006. De plus, ces données de population tiennent compte de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version décembre 2009 (découpage en vigueur le 1er janvier 2010).

> 3.4 Organismes communautaires

L'Agence a accordé un soutien financier à 123 organismes communautaires de la région de l'Estrie pour un montant total de 16 414 216 $. Le financement, en soutien à la mission globale accordé à 110 organismes communautaires, totalise 13 937 030 $. Parmi ces organismes, 35 ont aussi reçu un financement en entente pour des activités spécifiques. L'Agence a de plus financé des ententes pour des activités spécifiques à 13 organismes communautaires qui reçoivent leur financement en mission globale d'un autre ministère (Famille et Justice).

> 3.5 Conseil d'administration

Au 31 mars 2010, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

- ***M. Gérald Badger***, organismes socioéconomiques
- ***Mme Lynda B.-Provencher***, membre cooptée
- ***Mme Nathalie Gaulin***, membre cooptée
- ***Mme Thérèse Routhier-Perron***, membre cooptée
- ***Dr Robert Cloutier***, Département régional de médecine générale (DRMG)
- ***Dr Pierre Cossette***, Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
- ***Mme Lise Drouin-Paquette***, vice-présidente, organismes socio-économiques
- ***M. Jean Lacharité***, milieu syndical
- ***Mme Claude Gadbois***, Commission infirmière régionale de l'Estrie
- ***M. Marc Lauzière***, Université de Sherbrooke
- ***Mme Louise Lévesque***, organismes communautaires
- ***M. Claude St-Cyr***, secteur public de l'enseignement
- ***M. Denis Paré***, président, établissements autres que les CSSS et les CHSLD
- ***M. Alex G. Potter***, CSSS ou CHSLD
- ***Mme Norah Humérez-Comtois***, comités des usagers des établissements
- ***M. Martin Robert***, Commission multidisciplinaire régionale
- ***Dr Michel Baron***, secrétaire, président-directeur général de l'Agence

> 3.6 Forum de la population

Le Forum de la population est responsable, envers le conseil d'administration, de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

La participation des citoyennes et des citoyens au Forum de la population consiste à se prononcer notamment sur les moyens à privilégier pour consulter la population sur divers sujets de santé et de bien-être, pour répondre aux besoins de la population et pour améliorer sa satisfaction à l'égard des soins et des services.

De plus, l'Agence doit consulter le Forum afin d'élaborer sa planification stratégique pluriannuelle, lors de la mise en œuvre de son plan régional de santé publique.

Au 31 mars 2010, le Forum était composé des quinze personnes suivantes :

- ***M. Claude Quintin***, président
- ***Mme Sylvie Harvey***, vice-présidente
- ***M. André Charest***
- ***Mme Hélène Dauphinais***
- ***Mme Lise Drouin-Paquette***
- ***M. Jean-Claude Dumas***
- ***M. Samuel Morin***
- ***M. Georges Pellerin***
- ***Mme Ginette Simoneau***
- ***M. Dan Paul Soroceanu***
- ***M. Jn-Guy St-Gelais***
- ***M. Jacques Talbot***
- ***M. Raymond Yates***
- ***M. George Zevgolis***

RÉALISATIONS

Depuis le 1er avril 2009, les membres du Forum de la population se sont réunis à 5 reprises. Le taux de participation globale des membres à ces rencontres a été de près de 70 %. Un nouveau membre s'est joint au Forum afin d'en compléter la composition maximale. Le remplacement a été fait à partir de la liste des membres substituts.

Pour l'année 2009-2010, monsieur Claude Quintin et madame Sylvie Harvey ont occupé respectivement la présidence et la vice-présidence du Forum.

Durant cette période, les membres du Forum ont poursuivi leur contribution significative aux dossiers de la planification stratégique pluriannuelle et de la promotion des droits des usagères et des usagers.

À titre de président du Forum, monsieur Quintin participe aux rencontres du comité régional estrien pour la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental en santé.

Un groupe de travail formé de mesdames Hélène Dauphinais et Ginette Simoneau et de monsieur Jn-Guy St-Gelais, a permis de bonifier l'entente administrative CRÉE-Agence portant sur la mise en place du Forum, afin d'en assurer la continuité des activités et de reconnaître l'expérience acquise dans le processus de renouvellement des membres. Cette entente sera en vigueur pour le mandat 2010-2013.

À chacune des rencontres du Forum, un point traite des préoccupations particulières des membres, leur permettant ainsi de recevoir des clarifications à leurs questionnements. Un bilan des réponses pourrait être déposé sur la page Internet de l'Agence dédiée au Forum.

À chacune des rencontres du Forum, un point d'information sur les décisions du conseil d'administration est fait par madame Lise Drouin-Paquette, vice-présidente du conseil d'administration de l'Agence.

> 3.7 Comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité des services veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services relativement aux personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la présente loi ou de l'article 16 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu quatre rencontres en 2009-2010. Les sujets abordés ont été :

- le suivi des plaintes traitées par le commissaire régional;
- l'adoption, pour recommandation au conseil d'administration de l'Agence, du rapport consolidé des plaintes pour l'année 2008-2010;
- la révision de la procédure pour l'application du cadre de référence pour le signalement de comportements indésirables en établissements hébergeant des personnes vulnérables;
- le suivi du processus de certification des résidences privées;
- la certification des ressources privées de service en alcoologie et toxicomanie;
- les modifications en cours au Système d'information et de gestion des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services ;
- le suivi du plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagères et des usagers.

Les membres du comité sont :

- ***Mme Lise Drouin Paquette***, présidente
- ***Mme Louise Lévesque***, vice-présidente
- ***Mme Norah Humérez-Comtois***
- ***M. Pierre Richard***, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
- ***Dr Michel Baron***, président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

> 3.8 Commission infirmière régionale de l'Estrie

Au 31 mars 2010, la Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE) était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M. Louis-Marie Decoste	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Chef d'unité de soins et services CSSS-IUGS
M^me^ Lucie Desrosiers	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Infirmière-chef d'unité des soins infirmiers CSSS du Haut-Saint-François
M^me^ Claude Gadbois	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Cégep de Sherbrooke
M^me^ Julie Grenier	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires CHUS
M^me^ France Landry	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Infirmière clinicienne CSSS-IUGS
M^me^ Danielle Lareau, secrétaire	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
M. Stéphan Lavoie	Représentant de l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
M^me^ Marielle Lehoux-Brisson	Gestionnaire des soins infirmiers Directrice des soins infirmiers CSSS du Val-Saint-François
M. Michel Lévesque	Gestionnaire des soins infirmiers Directeur des soins infirmiers CSSS-IUGS
M^me^ Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires CSSS-IUGS
M^me^ Chantal Tardif, vice-présidente	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CSSS des Sources
Vacant	

Membres observateurs

M^me^ Louise Éthier	Infirmière en prévention des maladies chroniques CSSS de la MRC-de-Coaticook
M^me^ Lynda Périgny	Directrice de l'organisation des services Agence
Vacant	
Vacant	

La CIRE constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières, d'infirmiers, d'infirmières auxiliaires et d'infirmiers auxiliaires représentant différents milieux de pratique des établissements de la région.

En 2009-2010, soit à sa neuvième année de fonctionnement, la CIRE a tenu trois assemblées au cours desquelles elle a été informée :

- du Rapport préliminaire 2005-2010 quant aux cibles nationales de gestion;
- de l'avancement du Projet de préceptorat en Estrie.

La CIRE a aussi procédé à :

- la formulation d'un avis sur la Planification régionale en matière de développement des compétences : plan stratégique 2009-2012;
- la révision de son rôle et de son mandat, particulièrement au profit des nouvelles recrues;
- l'amélioration de son processus de consultation pour ses avis soumis au conseil d'administration de l'Agence;
- l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la Commission.

À noter que la commission a fonctionné sans présidence pour une partie de l'année. Le remplacement a été reporté à une rencontre ultérieure.

> 3.9 Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie

Au 31 mars 2010, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie (CMURE) était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M^me^ Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique CHUS
M^me^ Sandrine Charron	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CSSS du Haut-Saint-François
M^me^ Nicole Chiasson	Représentante des facultés et des écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke
M^me^ Yvonnick Chouinard	Représentante des domaines techniques CSSS de Memphrémagog
M^me^ Chantal Czobor	Professionnelle du domaine social CSSS du Val-Saint-François
M^me^ Sylvie Doiron	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie (CRE)
M. Guy Lemire, président	Représentant des cégeps de la région Cégep de Sherbrooke
M. Paul Morin	Représentant des facultés et des écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux Université de Sherbrooke
M^me^ Lynda Périgny, secrétaire	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence
M. Martin Robert	Gestionnaire du domaine social CSSS de Memphrémagog
M^me^ Hélaine-Annie Roy, vice-présidente	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CRE

Membres observateurs

M. François Bergeron	**Nutritionniste** **CSSS du Haut-Saint-François**
Mme Danielle Lareau	**Adjointe à la directrice de l'organisation des services** **Agence**
M. Pierre-Philippe Lefebvre	**Directeur du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie**
Mme Esther Montambault	**Département de service social** **Faculté des lettres et sciences humaines** **Université de Sherbrooke**

La CMURE constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique des établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé ainsi que du domaine social.

Au cours de 2009-2010, soit à sa neuvième année de fonctionnement, la CMURE a tenu trois assemblées, au cours desquelles :

- elle a été informée du Rapport préliminaire 2005-2010 quant aux cibles nationales de gestion;
- elle a échangé sur l'approche d'*empowerment*.

La CMURE a aussi procédé à :

- la formulation d'un avis sur la Planification régionale en matière de développement des compétences : plan stratégique 2009-2012;
- la révision de son rôle et de son mandat, particulièrement au profit des nouvelles recrues;
- l'amélioration de son processus de consultation pour ses avis soumis au conseil d'administration de l'Agence;
- l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la Commission.

> 3.10 La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Au 31 mars 2010, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée était composée des personnes suivantes :

Membres votants

Dr Michel Baron	**Président-directeur général** **Agence**
Dr Hervé Walti, président	**Département de pédiatrie** **CHUS**
Dr Pierre Cossette, vice-président	**Département de médecine** **CHUS**

Dr Gaétan Langlois, secrétaire	Département de chirurgie CHUS
Dr Pierre Beauséjour	Département de psychiatrie CHUS
Dr Étienne De Medicis	Département d'anesthésiologie CHUS
Dr Guy Waddell	Département de gynécologie-obstétrique CHUS
Dr The-Bao Bui	Département d'imagerie médicale CHUS
Dr Adrian Pusca	Département de médecine interne CSSS du Granit
Dre Paule Hottin	Département de psychiatrie CSSS – IUGS
Dr. John Robb	Département de médecine CSSS de Memphrémagog

Membres observateurs

Mme Édith Couture	Adjointe au directeur des affaires médicales et universitaires Agence
Dr Robert Pronovost	Directeur des affaires médicales et universitaires, Agence
Dr Patrice Laplante	Membre observateur Représentant du DRMG
Dr Gilles Faust	Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
Dr Frédérick D'Aragon	Membre observateur Médecin résident
Dr Pierre Chevrier	Département de médecine de laboratoire CHUS
Dr Maurice Roy	Membre observateur Directeur des services professionnels CHUS

La Table, sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, fait, entre autres, des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux, sur l'organisation des services médicaux spécialisés et sur un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés. Elle donne son avis sur certains projets, tels ceux relatifs à l'utilisation de médicaments et sur l'instauration des corridors de services proposée par le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Au cours de l'année 2009-2010, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a siégé à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- Élections des nouveaux membres;
- Analyse des postes vacants du plan régional des effectifs médicaux, et ce, à l'intérieur de travaux ministériels. La collaboration des chefs de département de médecine spécialisée a été à l'effet de fournir à la direction de leur organisation un argumentaire afin d'alimenter une décision en regard de la cessation, du maintien ou de la transformation des postes vacants au sein de celle-ci. En Estrie, aucun poste vacant n'a fait l'objet de coupure ou de modification à l'intérieur de cet exercice.
- Suivi des délais d'accès aux services spécialisés. Citons : les consultations électives en cardiologie, endocrinologie, médecine interne, neurologie, gastroentérologie, orthopédie, santé mentale et en imagerie médicale. Les délais demeurent un problème important. La santé mentale et l'imagerie médicale constituent les priorités sur lesquelles il est important d'agir.
- Participation à des travaux en imagerie médicale et en procréation médicalement assistée. En regard de l'imagerie médicale, il est visé, entre autres, d'optimiser l'utilisation des appareils et des services de l'ensemble des établissements du réseau de l'Estrie. Soulignons que le nombre et les délais d'examens en attente en tomodensitométrie, en résonnance magnétique et, notamment, en échographie, sont priorisés. En procréation, à la suite des changements importants de contexte, une nouvelle gamme complète de services doit être développée en regard des services de première et de deuxième lignes (incluant les services préfécondation et postfécondation in vitro). Une nouvelle proposition du CHUS est à étudier.

> 3.11 Le Comité régional sur les services pharmaceutiques

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques exerce ses fonctions, avec le soutien de la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU), sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence.

Le Comité régional sur les services pharmaceutiques est composé des personnes suivantes :

M. Jean-Luc Trottier	**Président du comité** **Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens propriétaires**
M^me^ Armelle Apter	**Représentante des chefs de département des pharmacies d'établissement**
M. Marc-Denis Hubert	**Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens communautaires**
M. Martin Turgeon	**Représentant des pharmaciennes et des pharmaciens en établissement**
Dr Michel Baron	**Président-directeur général** **Agence**
M^me^ Édith Couture	**Adjoint au directeur des affaires médicales et universitaires** **Agence**
Dr Robert Pronovost	**Directeur des affaires médicales et universitaires** **Agence**

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques, le comité fait, entre autres, des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques et la planification de la main-d'œuvre. Il donne des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur des approches novatrices en soins et services pharmaceutiques.

Au cours de l'année 2009-2010, le Comité s'est réuni à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- L'identification et la réalisation des dossiers prioritaires, c'est-à-dire la pandémie d'influenza, les ordonnances collectives, les services pharmaceutiques en relation avec la première ligne et les prescriptions médicamenteuses;
- La formulation d'avis, dans le dossier pandémie d'influenza, sur les plans élaborés et la participation active sur l'organisation des services pharmaceutiques en Estrie incluant le secteur privé;
- L'identification des ordonnances collectives qui pourraient être priorisées et regroupées en Estrie;
- La rédaction d'un cadre régional pour les ordonnances collectives afin de clarifier les rôles, les processus et les acteurs concernés, et ainsi faciliter le cheminement et l'accessibilité aux ordonnances collectives;
- L'établissement de liens entre les pharmaciens et la première ligne. À titre d'exemple, la création d'un comité bipartite pour l'analyse de problématiques communes, notamment le renouvellement de prescriptions et la transmission électronique des profils pharmacologiques.

Afin de soutenir ces travaux, une banque d'heures a été attribuée pour rémunérer les représentants des pharmaciens et pharmaciennes communautaires siégeant au Comité ou effectuant des travaux à titre de conseillers pour celui-ci. Soulignons la participation active du comité de direction du DRMG aux travaux du Comité.

> 3.12 Département régional de médecine générale

Au 31 mars 2010, le comité de direction du DRMG était composé des personnes suivantes :

Membres élus

Dr Robert Cloutier	Médecin omnipraticien Catégorie « MRC hors Sherbrooke »
Dr André Munger	Médecin omnipraticien Catégorie « CLSC »
Dre Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG	Médecin omnipraticien Catégorie « Cabinets privés »

Membres nommés

Dre Stéphanie Blais-Boilard	Médecin omnipraticien CSSS du Haut-St-François
Dr Yves Léger	Médecin omnipraticien CSSS des Sources
Dre Marie Giroux	Département de médecine de famille Faculté de médecine et sciences de la santé Université de Sherbrooke

Dr Yvan Fortin	**Médecin omnipraticien** **CSSS du Granit**
Dre Catherine Vanasse	**Médecin omnipraticien** **CSSS-IUGS**
Dre Suzanne Lamontagne	**Médecin omnipraticien** **CSSS du Val-Saint-François**
Dr Patrice Laplante	**Médecin omnipraticien** **CHUS**
M. Benoit De Champlain	**Professionnel attaché au comité directeur** **DAMU** **Agence**

Membres d'office

Dr Michel Baron	**Président-directeur général** **Agence**
Dre Louise Soulière	**Directrice de la santé publique et de l'évaluation** **Agence**
Dr Robert Pronovost	**Directeur des affaires médicales et universitaires** **Agence**

Le DRMG est une instance à la disposition des médecins omnipraticiens pour permettre d'améliorer l'accessibilité, la continuité et l'intégration des services de médecine générale. Sous l'autorité du président-directeur général et en collaboration avec la DAMU, le DRMG a comme cibles d'intervention, entre autres, le Plan régional des effectifs médicaux des omnipraticiennes et des omnipraticiens, le Plan régional d'organisation des services médicaux généraux, les activités médicales particulières et les services médicaux généraux cités dans les programmes-services de l'Agence.

Au cours de l'année 2009-2010, le DRMG a tenu quatre assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers qui ont été traités :

- Le Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - la gestion des règles, leur application et leur mise à jour par territoire;
  - le recrutement des treize postes autorisés et la priorisation en fonction des pénuries d'effectifs;
  - la réorganisation des services de première ligne et les tables médicales territoriales (TMT);
- Les activités médicales particulières (AMP) :
  - la gestion des règles, des dérogations et leur mise à jour;
- L'organisation médicale de première ligne dont :
  - les groupes de médecine de famille;
  - le soutien à l'élaboration et à la consolidation des groupes de médecine de famille;
  - la promotion des modèles de collaboration interdisciplinaire;
  - la consolidation des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille et la nomination des coordonnateurs médicaux;
  - l'arrimage avec la deuxième ligne.

Soulignons les activités suivantes en 2009-2010 :

- L'élaboration et le suivi du Plan régional des effectifs médicaux et des plans locaux d'effectifs médicaux des établissements. L'élaboration également d'un portrait plus précis des effectifs dans les secteurs rendez-vous, sans rendez-vous et soins à domicile de chaque réseau local de services (RLS);
- La priorisation par le Comité PREM-AMP de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie;
- Le recrutement de onze médecins sur treize postes autorisés au Plan régional d'effectifs médicaux en 2009 (deux postes de mobilité sont demeurés non comblés). Citons l'obtention en 2009 du recrutement de deux postes « supplémentaires » et réservés pour répondre aux besoins d'enseignement (voir la section 4.1.2.2 Plan régional des effectifs médicaux – médecins omnipraticiens);
- La gestion des activités médicales particulières et leur mise à jour par le CSSS. Certaines activités médicales particulières pour la prise en charge de patients dits « orphelins » sans médecin de famille ont été accordées;
- Le dépannage intrarégional pour les urgences en difficulté. Celles de la MRC du Granit, de Memphrémagog, de Coaticook et des Sources ont nécessité également une couverture de dépannage provincial;
- La demande d'attribution d'un forfait d'installation (lettre d'entente n° 170) dans la région de Weedon, puis des Sources;
- La désignation de médecins répondants pour l'élaboration des programmes-services et la consultation par rapport aux orientations et aux priorités de services qui ont été émises dans les divers programmes-services;
- Des travaux sur l'accessibilité au plateau technique du CHUS aux heures défavorables (pour les cliniques et les groupes de médecine familiale (GMF) de la Ville de Sherbrooke et de la MRC du Haut-Saint-François);
- La validation des offres de service de cinq GMF qui ont reconduit leur 1er ou 2e renouvellement et le soutien à l'élaboration de deux autres GMF, soit du Haut-Saint-François et du Val-Saint-François;
- L'élaboration d'un répertoire des cliniques et des GMF incluant le médecin répondant, la secrétaire ou le secrétaire répondant, ainsi que les effectifs en place;
- Des travaux sur l'offre de services médicaux par rapport à la grippe A(H1N1) (mesures d'urgence pandémie), mise en place des triades de gestion, collaboration et mobilisation médicale (sites non traditionnels (SNT), clinique de grippe);
- L'animation de la Table régionale des coordonnateurs médicaux et gestionnaires des guichets des services de première ligne;
- La collaboration aux travaux d'informatisation des services médicaux de première ligne;
- La collaboration avec la DAMU et le Service de la performance, de la qualité et des communications (SPQC) de l'Agence en regard du recrutement des médecins omnipraticiens ainsi que la participation au bulletin Santé Estrie.

Enjeux prioritaires

Dans le cadre de la démarche de planification pluriannuelle 2008-2011 du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, des priorités devant faire l'objet d'un effort particulier de la part du réseau ont été identifiées, afin de permettre l'amélioration de l'offre de service offerte à la population. La section suivante présente ainsi les différents travaux réalisés au cours de l'année, en lien avec les enjeux prioritaires et les orientations stratégiques proposées par le réseau pour les prochaines années.

> 4.1 Enjeu 1 : Consolidation de l'organisation des services de santé et des services sociaux, en partenariat avec les établissements et les organismes communautaires, adaptés aux besoins de la population pour assurer une meilleure accessibilité, continuité et qualité des services, avec une optimisation de l'utilisation des ressources

4.1.1 ORIENTATION 1 : ADAPTER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN FONCTION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.

4.1.1.1 Services adaptés aux besoins de la population

Des travaux régionaux se sont poursuivis afin d'assurer un meilleur ajustement des pratiques par rapport à l'augmentation de la population vieillissante, notamment par de la formation auprès des préposées et préposés aux bénéficiaires du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) – Hôtel-Dieu. Ces efforts vont dans le sens du cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, récemment rendu disponible auprès des agences. La mise en œuvre et le suivi de ces travaux sont assurés par le Comité directeur du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Tous les établissements et l'Agence sont représentés.

4.1.2 ORIENTATION 2 : CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ ET UNE PLUS GRANDE CONTINUITÉ DES SERVICES.

4.1.2.1 Programmes-services

Services généraux

Le Comité directeur du programme Services généraux a privilégié, pour 2009-2010, d'identifier les activités prioritaires à consolider en ce qui a trait à l'accessibilité, particulièrement pour les services infirmiers et médicaux de première ligne.

En suivi à l'état de situation effectué pour les services généraux infirmiers en regard de l'évolution des pratiques et de l'offre de service, le comité directeur a recommandé de poursuivre les travaux pour le volet des services infirmiers courants afin d'optimiser et de consolider le travail du personnel infirmier, notamment par le biais d'ordonnances collectives, d'un guide de gestion du temps d'intervention requis aux soins infirmiers courants ainsi que par le partage des tâches entre les différents professionnels.

Un sous-comité des services médicaux de première ligne a été formé afin de favoriser l'accès aux services de santé de première ligne pour l'ensemble de la population, ainsi que d'identifier les problématiques touchant les pratiques professionnelles et l'organisation des services de santé, spécialement les services médicaux de première ligne, et de proposer des pistes de solutions.

Faits saillants 2000-2010 et orientations, et priorités régionales 2005-2010

Le volet de l'accessibilité de la clientèle vulnérable à un médecin de famille a été travaillé en collaboration avec l'ensemble des coordonnateurs des services médicaux de première ligne et des guichets d'accès des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Chaque CSSS a réalisé des projets cliniques en partenariat avec les médecins de leur territoire pour la prise en charge de sa clientèle vulnérable à partir d'un cadre de référence régional.

Un sous-comité des services médicaux de première ligne a été créé sous l'égide du comité directeur Services généraux, afin de s'adresser, entre autres, aux diverses problématiques de l'organisation des services de première ligne et des pratiques cliniques.

Dossier Info-Santé / Info-Social

Un cadre de référence pour la clientèle enregistrée à Info-Santé / Info-Social vise à assurer la continuité des services en soutien à domicile aux clientèles vulnérables des groupe de médecine familiale (GMF) en dehors des heures d'ouverture. En collaboration avec le service Info-Santé, l'implantation se fait progressivement. Ce service est actuellement utilisé par trois GMF de la région. La participation étant partielle, des travaux sont actuellement en cours à l'échelle régionale et dans chacun des réseaux locaux de services afin d'inciter l'inscription de la clientèle ciblée par l'ensemble des GMF de l'Estrie.

Dossier de la biologie médicale

Des travaux se sont poursuivis concernant l'organisation territoriale des services en biologie médicale, en particulier pour le volet de l'abolition de la facturation intrarégionale. Depuis le 1er avril dernier, il n'y a plus de facturation entre les établissements de notre région, et ce, afin de se conformer à la circulaire du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Déploiement de l'application Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Au cours de la dernière année, l'Agence a amorcé le déploiement de la livraison 1 de l'application RSIPA qui vise à informatiser et à consolider les réseaux de services intégrés avec une technologie à la fine pointe des derniers développements. Rappelons que la région est informatisée depuis 2002 grâce au Système d'information gérontogériatrique (SIGG). Le principal enjeu du déploiement de l'application RSIPA était de maintenir le même niveau de fonctionnalités cliniques déjà en place. Dans le contexte de la pandémie, les travaux entourant ce dossier prioritaire se sont poursuivis tout au long de l'année, mettant à contribution plusieurs acteurs du réseau. La mise en fonction de l'application RSIPA est prévue le 1er avril 2010.

Soutien à domicile et services dans la communauté

Relativement à l'orientation régionale d'assurer l'adaptation des services en lien avec la politique provinciale de soutien à domicile *Chez soi, le premier choix*, des travaux se sont poursuivis pour finaliser l'état de situation du niveau d'implantation des services en PALV. L'harmonisation des services d'aide à domicile est un chantier en cours dont les travaux se poursuivront en 2010-2011.

Gestion de cas pour les personnes en perte d'autonomie

Au cours de la dernière année, le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile et ayant accès à un gestionnaire de cas a légèrement diminué, passant de 2 561 à 2 456. Sur la base du nombre de personnes à desservir en 2008-2009, 96 % de la clientèle a eu accès à un gestionnaire de cas cette année, alors que 100 % avait été desservie l'année précédente.

Offre de service aux proches

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi son engagement à verser un soutien financier à des organismes communautaires et des CSSS pour soutenir les activités et les services offerts aux proches de personnes en perte d'autonomie. De plus, l'Agence a conclu une entente de service avec l'organisme provincial Baluchon Alzheimer pour permettre aux proches de bénéficier d'un répit de quatre à quatorze jours.

Mauvais traitements envers les personnes aînées

En plus de maintenir sa participation aux rencontres régionales et dans des comités de travail, l'Agence a reconduit son soutien financier auprès de la Table de concertation contre les mauvais traitements faits aux personnes aînées de l'Estrie afin de favoriser la réalisation du plan d'action de cette table ainsi que les différentes activités de sensibilisation entourant la journée mondiale pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes aînées du 15 juin 2009.

Mécanisme d'accès à l'hébergement

Au cours de l'année 2009-2010, 729 usagères et usagers ont été admis en Centre d'hébergement en soins de longue durée (CHSLD) ainsi qu'en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial, ce qui représente une augmentation de 6,3 % par rapport à 2008-2009. L'Estrie a vu son taux de conformité aux profils d'admissibilité en CHSLD légèrement diminuer, passant de 81,2 % en 2008-2009 à 80,6 % en 2009-2010. La cible régionale est fixée à 85 %, afin de s'assurer que ce milieu de vie soit disponible aux personnes en plus grande perte d'autonomie.

Aussi, le délai moyen d'attente à l'admission en Centre d'hébergement et de soins de longue durée est passé de 26 jours en 2008-2009 à 32 jours en 2009-2010. Pour le délai moyen d'attente à l'admission en ressource intermédiaire, le résultat de 2009-2010 a diminué, passant 48 jours alors qu'il était de 85 jours l'année précédente.

Milieu de vie en CHSLD

Au cours de la dernière année, l'Agence a poursuivi la formation de multiplicateurs qui ont la responsabilité de former le personnel préposé aux bénéficiaires dans les établissements de soins de longue durée. Ainsi, les CSSS de la région de l'Estrie ont commencé les formations locales du personnel de ce groupe. La section 4.2.5 du présent rapport fournit le détail du nombre de personnes formées.

Dans le cadre des travaux du Comité directeur du programme PALV, une planification des travaux portant sur le repositionnement de l'offre de service des CHSLD, en tenant compte des clientèles émergentes et perturbatrices, s'est amorcée afin de voir à arrimer ces enjeux à ceux découlant de l'actualisation de concept Milieu de vie.

Jusqu'à présent, les travaux ont permis d'identifier les changements organisationnels importants qui se sont produits au cours des dernières années et qui ont modifié considérablement la nature de l'organisation du travail en CHSLD. À ce titre, quatre séances de travail ont été planifiées en 2010-2011.

Évaluation de la clientèle hébergée

L'opération annuelle d'évaluation de la clientèle hébergée en milieu de vie substitut (CHSLD, ressource intermédiaire, ressource de type familial) s'est tenue à l'hiver 2010. Il y a une stabilité du taux de roulement en CHSLD pour l'ensemble de la clientèle hébergée à 41,5 %. On note toutefois des taux de roulement variant de 10 à 82 % selon les milieux de vie. La proportion des personnes avec profils iso-SMAF de 10 et plus représente 81,6 % de toute la clientèle hébergée en CHSLD. Pour certains milieux, ce sont jusqu'à 95 % des usagères et des usagers qui ont un de ces profils iso-SMAF. Les proportions des personnes âgées de 75 ans et plus et de 85 ans et plus sont semblables à l'année précédente, soit respectivement de 82,3 % et de 53,4 % pour les personnes hébergées en CHSLD.

Solutions à l'hébergement

Un comité de travail a été mandaté pour explorer et mieux définir les diverses formules de solutions à l'hébergement. Ces travaux permettront aux établissements de mieux orienter la clientèle présentant des pertes d'autonomie spécifiques et de développer de nouveaux partenariats avec les résidences pour personnes âgées.

Jusqu'à présent, les travaux ont permis d'identifier les actions prioritaires pour la prochaine année et l'objectif ultime des travaux sera l'élaboration d'un modèle d'entente pour les ressources alternatives à l'hébergement sous l'égide de l'article 108.

Déficience physique

Au cours de la dernière année, l'Agence a continué de soutenir les établissements dans le processus d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Cette implantation qui est prévue sur trois ans (2008-2011) en est à sa deuxième année. À ce jour, le plan d'accès a permis d'intervenir prioritairement sur des problèmes d'accès et de mettre l'accent sur l'amélioration des délais d'attente pour les demandes de niveaux de priorité urgent et élevé, et ce, tant en première qu'en deuxième ligne. Le plan d'accès met aussi l'accent sur la continuité de services en prévoyant l'implantation de certains mécanismes dont la fonction de l'intervenant-pivot, les plans de services individualisés (PSI) et la mise en place de gestionnaires d'accès dans les établissements. D'autres travaux sur l'application des standards prévus au plan d'accès sont en cours d'élaboration par le Comité directeur du programme Déficience physique, entre autres, sur les protocoles de référence et les critères de transfert, première et deuxième ligne.

Dans la foulée des travaux du plan d'accès et guidée par ces principes qui touchent l'accessibilité, l'amélioration, l'optimisation et l'harmonisation des processus pour une meilleure organisation des services, la région de l'Estrie a signé un protocole d'entente entre le consortium régional des établissements de la Montérégie celui de l'Estrie impliqués auprès de la clientèle adulte victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou grave. L'objectif ultime étant de créer un corridor de services pour répondre de manières complémentaire, continue et coordonnée aux besoins des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Relativement aux orientations régionales, l'Agence a continué de soutenir les établissements dans le processus d'implantation du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Cette implantation qui est prévue sur trois ans (2008-2011) en est à sa deuxième année. À ce jour, le plan d'accès a permis d'intervenir prioritairement sur des problèmes d'accès et de mettre l'accent sur l'amélioration des délais d'attente pour les demandes de niveau de priorité urgent et élevé, et ce, tant en première qu'en deuxième ligne. Le plan d'accès met aussi l'accent sur la continuité de services en prévoyant l'implantation de certains mécanismes dont la fonction de l'intervenant-pivot, les PSI et la mise en place de gestionnaires d'accès dans les établissements. D'autres travaux sur l'application des standards prévus au plan d'accès sont en cours d'élaboration par le Comité directeur du programme Déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement, entre autres, sur la hiérarchisation des services et la fonction de l'intervenant pivot de l'établissement et du réseau.

Jeunes en difficulté

En 2009-2010, l'Agence a particulièrement soutenu la consolidation des services de première ligne offerts aux jeunes de la région en difficulté et à leur famille. Ainsi, l'Agence a collaboré à l'élaboration d'un modèle régional de service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu qui sera implanté dans la prochaine année. De plus, l'Agence a participé aux travaux d'implantation d'une programmation intégrée en négligence assurant la complémentarité de services entre les première et deuxième lignes. D'ailleurs, en avril 2010, une activité régionale de lancement permettait aux différents partenaires de se familiariser avec Réseau Parent'Aise, le programme régional en négligence qui favorise la concertation clinique entre les CSSS, le Centre jeunesse de l'Estrie (CJE), la Villa Marie-Claire et les différents partenaires du milieu.

D'autres activités ont également permis à l'Agence d'assumer son rôle de soutien auprès de l'ensemble du réseau de services aux jeunes en difficulté. Notamment, un protocole d'évaluation de l'impact de la Loi de la protection de la jeunesse sur l'offre de service régionale a été adopté par le Comité directeur du programme Jeunes en difficulté et les travaux sur la productivité des établissements se sont poursuivis. Au plan de la continuité de services, le suivi de l'entente de complémentarité entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du loisir et du Sport (MELS) a permis de dresser un portrait des mécanismes de concertation entre ces deux réseaux. L'implication de l'Agence dans l'entente interministérielle Engagement Jeunesse a également été une occasion de soutenir la cohérence et la complémentarité des services aux jeunes. Enfin, l'Agence a continué de promouvoir les initiatives nationales, régionales et locales permettant d'outiller et de mettre en réseau les partenaires, tant sur le plan de la formation, notamment dans les travaux d'implantation du programme CHARLIE, que d'événements particuliers, tels la visite du MSSS en Estrie et le colloque national sur l'offre de service Jeunes en difficulté.

Dépendances

Au cours de l'année 2009-2010, l'Agence a soutenu différents volets de l'offre de service Dépendances en Estrie. Ainsi, l'animation d'une table régionale pour baliser l'offre de service des CSSS a permis de faire valoir l'importance du rôle d'intervenant-pivot pour assurer la qualité et la complémentarité de ces services avec ceux de la deuxième ligne. Parallèlement, un budget de développement a été accordé aux CSSS afin de renforcer leur autonomie dans l'actualisation de leur mandat. Au même titre, l'expérimentation d'outils de détection auprès d'adultes fréquentant certains organismes a débuté et cette expérimentation permettra de mieux cerner la contribution du milieu communautaire aux activités de détection.

D'autre part, avec le soutien de la Direction des affaires médicales et universitaires, la Direction de l'organisation des services (DOS) a finalisé l'état de situation sur l'offre de service régionale en désintoxication. Les résultats de ces travaux feront d'ailleurs l'objet de recommandations pour bonifier ce pan de l'offre de service qui concerne l'ensemble des acteurs en dépendances.

La promotion de la certification des organismes privés en toxicomanie offrant de l'hébergement a également été un dossier très actif cette année, ces organismes ayant été soumis à une nouvelle règlementation en juillet 2010. Ainsi, tous les organismes de la région sont maintenant engagés dans le processus de certification, ce qui vient améliorer la qualité globale de ces services en Estrie et favoriser les collaborations avec les établissements.

Enfin, sur le plan du jeu pathologique, l'Agence a dressé un constat positif des réalisations des organismes communautaires qu'elle soutient financièrement pour offrir aide et entraide aux proches de joueurs pathologiques qui ne sont pas en traitement. Ces organismes ont ainsi produit et utilisé un outil multifonctionnel leur permettant de mieux rejoindre ces personnes, et également, de poursuivre l'effort collectif pour sensibiliser la population à cette problématique.

Santé mentale

Afin d'actualiser les orientations régionales, plusieurs dossiers majeurs ont fait l'objet d'une priorisation par le Comité directeur du programme Santé mentale, ce qui a entraîné une mobilisation importante des établissements dans les travaux au cours de l'année.

Réorganisation des ressources résidentielles en santé mentale

À la suite de l'adoption, en juin 2008, du Modèle d'organisation des services résidentiels et de soutien à la personne dans son milieu de vie et du Plan de déploiement de cette offre de service sur tout le territoire, l'Agence a procédé, cette année, à l'actualisation des changements prévus :

- par le transfert des responsabilités cliniques et administratives vers les CSSS;
- par l'implantation des pratiques professionnelles qui tiennent compte d'une participation accrue de la personne dans le choix de son milieu de vie.

Le mécanisme d'accès aux ressources résidentielles en santé mentale ainsi que le Comité de suivi du plan de déploiement des ressources ont été largement mis à contribution et ont permis que l'opération, qui doit se terminer en juillet prochain, se déroule avec succès.

Les règles d'utilisation du budget non récurrent de transition de 350 000 $ ont aussi été ajustées pour faciliter le déploiement sur les territoires des scénarios retenus. Les économies réalisées à la suite de la fermeture de certaines ressources, ont commencé à être redistribuées pour permettre aux établissements concernés de développer leur gamme de ressources.

Guichets d'accès et soins partagés en santé mentale

À la suite de l'implantation en 2008-2009, dans chaque CSSS, d'un guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés de santé mentale, plusieurs ajustements ont été apportés afin d'optimiser leur fonctionnement. Une tournée des CSSS est prévue à l'automne 2010 afin d'observer la situation et de consolider les services.

De plus, chaque équipe de santé mentale ainsi que les médecins de famille des territoires, peuvent désormais compter sur un psychiatre répondant. Des actions ont été entreprises afin de faciliter, en plus des évaluations psychiatriques courantes, la fonction de formation et de soutien clinique aux intervenantes et aux intervenants de première ligne. Des formations, d'ailleurs, ont été offertes par des psychiatres et des médecins omnipraticiens aux équipes des guichets pour rehausser le niveau d'expertise.

En plus du cheminement clinique et de la trajectoire des services à mieux définir, des travaux sont à réaliser afin de consolider la hiérarchisation des services amorcée et ainsi de préciser les soins offerts notamment dans les CSSS et au CHUS.

Ce dossier est traité à l'Agence en étroite collaboration entre la DOS et la DAMU.

Insertion socioprofessionnelle en santé mentale

Nous avons aussi conclu des travaux menés de longue date avec les partenaires intersectoriels concernés en ce qui a trait à l'intégration au travail pour les clientèles visées par le programme-services Santé mentale. Un cadre de référence a été réalisé pour soutenir l'implantation de cette offre de service dans chacun des territoires et a été soumis à une consultation régionale.

Les services de suivi intensif et de suivi d'intensité variable dans la communauté

Aux prises avec une mouvance organisationnelle et un changement des pratiques importants en santé mentale, le CHUS n'a pas réussi à implanter l'offre de service de suivi intensif en équipe, très attendue, comme solution à l'hébergement dans le Modèle d'organisation des ressources résidentielles.

Les services de soutien d'intensité variable sont par ailleurs déployés dans chaque CSSS et pour plusieurs territoires, avec la collaboration dans le PSI de l'organisme communautaire en santé mentale.

La hiérarchisation des services en santé mentale

Des travaux ont été amorcés par le CHUS et les CSSS pour en venir à une entente sur la hiérarchisation des services de santé mentale jeunesse et adulte. Le processus est assez complexe et le Comité directeur du programme Santé mentale en suit l'évolution attentivement.

Santé physique

Programme de lutte contre le cancer en Estrie

La priorité annuelle 2009-2010 du programme Santé physique, en oncologie, était de soutenir le déploiement des équipes interdisciplinaires d'oncologie dans les CSSS et les travaux portant sur une organisation hiérarchisée et intégrée de services entre les première, deuxième et troisième lignes pour les soins et les services en oncologie.

En collaboration avec le Comité directeur du programme Santé physique, le CHUS a été l'initiateur de cette démarche et le Centre de santé et de services sociaux – Institue universitaire de gériatrie de l'Estrie (CSSS-IUGS), le CSSS du Val-Saint-François et le CSSS de Memphrémagog assument un leadership local.

Dans les orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, la Direction de la lutte contre le cancer (DLCC) a pour objectif de mettre en place un réseau de services intégrés et hiérarchisés, basés sur des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. La DLCC a accordé une subvention pour les années 2008-2009 et 2009-2010 afin de soutenir les régions dans la poursuite de ces travaux visant la consolidation des équipes. L'Estrie a choisi un modèle innovateur pour que les différentes équipes, au CHUS, dans chaque CSSS et à La Maison Aube-Lumière, puissent évoluer dans l'interdisciplinarité. Une offre de service d'accompagnement et d'activités de formation connectée aux besoins et à la réalité-terrain des personnes, des équipes et des établissements de l'Estrie a été proposée. Les premières rencontres avec les équipes ont eu lieu en mars 2009 et se sont poursuivies tout au long de l'année. Au 31 mars 2010, dix équipes avaient été rencontrées. Une évaluation de la démarche se fera d'ici l'automne.

Services de radio-oncologie

Concernant les services de radio-oncologie, le CHUS a dépassé la cible de 90 % tout au long de l'année, sauf à deux moments, de P1 à P4 puis de P8 à P10. De décembre 2009 à la fin janvier 2010, quelques femmes atteintes d'un cancer du sein ont été traitées dans des centres hors région afin d'éviter un dépassement des délais jugés raisonnables.

Soins palliatifs

La cible régionale de l'indicateur Nombre d'usagers en soins palliatifs et le nombre moyen d'interventions par usager ont été atteints, voire dépassés. Huit cents douze usagers ont été desservis pour une moyenne de vingt-et-un interventions par usager.

Cardiologie tertiaire

En hémodynamie (catégories A et B), les cibles ont été atteintes et même dépassées.

En électrophysiologie, pour la catégorie A, la cible a été atteinte. La deuxième salle d'électrophysiologie a été inaugurée en mars 2010.

Pour les chirurgies cardiaques, la clientèle de la catégorie A a été priorisée. Par contre, la disponibilité des ressources (chirurgiens, anesthésiologistes, infirmières et infirmiers au bloc opératoire, lits de soins intensifs) et l'ensemble des spécialités chirurgicales pour lesquelles l'accessibilité doit être assurée, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques. Une nette augmentation de la catégorie B a été notée passant de 69 % en 2008-2009 à 87 % en 2009-2010.

Mécanismes d'accès aux services spécialisés

Les prothèses totales de la hanche (PTH), prothèses totales de genoux (PTG) et les chirurgies de la cataracte doivent être effectuées à l'intérieur des six mois suivant l'inscription dans le Système informatique des mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Pour les chirurgies de la cataracte, les délais et l'engagement ont été respectés et la cible a même été dépassée.

Pour les PTH, la cible de 100 % n'a pas été atteinte, mais nous notons une amélioration importante de 2008-2009 à 2009-2010. Le volume de production a même dépassé les engagements.

Pour les PTG, la cible de 100 % n'a pas été atteinte, mais les résultats se sont améliorés. Le projet pilote PTG au CSSS de Memphrémagog a permis à un orthopédiste du CHUS, qui détenait une longue liste d'attente, de diminuer le nombre de ses patients en attente.

4.1.2.2 Services médicaux de première ligne et spécialisés

Groupe de médecine de famille

Le groupe de médecine de famille (GMF) est le modèle d'organisation médicale privilégié en Estrie. En effet, douze GMF ont vu le jour depuis 2002 et le plus récent, le GMF du Val-Saint-François, a obtenu son accréditation en février 2010. Prochainement, le GMF du Haut-Saint-François recevra à son tour son accréditation après d'importants travaux.

Au cours de la dernière année, il est important de souligner le renouvellement de l'accréditation des GMF suivants, et ce, pour des périodes de trois ans : Memphré, du Granit, Jacques-Cartier, Plateau Marquette et des Cantons. Certains ont même été renouvelés avec rehaussement budgétaire directement relié aux efforts d'inscriptions de la clientèle.

La DAMU et le DRMG visent la présence d'au moins un GMF par RLS et cet objectif sera atteint sous peu.

Clinique-réseau

En Estrie, la proportion de la population qui n'est pas inscrite à un GMF et qui est sans médecin de famille demeure importante. Le manque de coordination quant à l'accès aux services médicaux en sans rendez-vous, ainsi qu'une utilisation non optimale des ressources professionnelles supportant ces activités, représentent également une situation problématique. Les nombreuses consultations aux unités d'urgence identifiées comme « non urgentes » illustrent une utilisation inadéquate des services de deuxième ligne, mais aussi des services de première ligne.

Au cours de la dernière année, une synthèse des différents modèles de réorganisation de la première ligne médicale en province a été faite, de même qu'une revue de la littérature à ce sujet. Les éléments gagnants d'une telle réorganisation ont été identifiés. Un document-cadre à venir fournira des outils aux acteurs du réseau de première ligne pour mettre en place des solutions novatrices répondant aux défis posés par les besoins de la population de l'Estrie.

Ainsi, des travaux de complémentarité et d'accessibilité à des services médicaux en sans rendez-vous seront favorisés afin de réduire la pression sur les services d'urgence du CHUS.

La DAMU et le DRMG travaillent de concert afin de développer des stratégies novatrices pour améliorer l'accessibilité aux services médicaux autant pour la clientèle inscrite en GMF que pour la clientèle sans médecin de famille sur les territoires respectifs.

Guichet d'accès pour les clientèles n'ayant pas de médecin de famille, Table régionale des coordonnateurs médicaux des services de première ligne

Les personnes sans médecin de famille font l'objet d'une attention particulière dans l'organisation des services médicaux généraux, puisque 25 % des résidantes et des résidants de l'Estrie n'en ont pas. De ce nombre, une proportion de personnes d'environ 12 %, dites vulnérables, requiert un suivi régulier en raison d'un état de santé complexe. Une entente intervenue entre le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) officialisait, en 2008, la mise en place d'un guichet d'accès et d'une fonction de médecin coordonnateur médical des services de première ligne. À la suite des directives ministérielles, l'ensemble des CSSS de l'Estrie ont agi avec célérité et ont procédé à la mise en opération d'un guichet d'accès au sein de leur établissement.

La Table régionale des coordonnateurs médicaux créée en novembre 2008, a travaillé au partage d'outils favorisant la prise en charge de clients n'ayant pas de médecin de famille en échange de services professionnels tels les infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires, les psychologues ou les nutritionnistes comme le stipulent les ententes entre l'Agence et les CSSS pour le soutien des professionnels.

Toutefois, la disponibilité médicale étant limitée, de nouvelles stratégies seront élaborées pour maximiser la prise en charge des clients n'ayant pas de médecin de famille. Soulignons que les coordonnatrices et les coordonnateurs médicaux, outre leur collaboration au guichet et à la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille, assurent la liaison entre le CSSS et les médecins des divers milieux cliniques de son territoire. Ils facilitent le fonctionnement des services médicaux de première ligne et participent, entre autres, à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne, ainsi que les services médicaux spécialisés.

Mécanisme de prise en charge de la clientèle vulnérable

La prise en charge de la clientèle vulnérable orpheline passe par un partenariat serré entre les services du CSSS et les médecins du RLS. Ce partenariat doit permettre de soulager la charge de travail médical, dégageant ainsi du temps pour accueillir de nouvelles clientèles.

Sommairement, à la suite d'une entente locale, les médecins qui s'engagent à prendre au cours de l'année des personnes vulnérables et sans médecin de famille, bénéficient pour leurs patients de mesures déployées par le CSSS de leur territoire. Les mesures et les services professionnels peuvent être offerts soit dans le milieu clinique même, tel un GMF (exemple : services d'une nutritionniste) ou encore dans le CSSS (clinique du diabète avec une plus grande accessibilité et davantage de services pour les médecins et leur clientèle). En tout temps, les nouveaux services offerts doivent être complémentaires ou en surplus aux services déjà existants en CSSS.

Un système de reddition de comptes a été mis en place afin de suivre le nombre de prises en charge des clients. La cible de 100 % est atteinte pour la clientèle nécessitant une prise en charge très rapide (dans un délai de moins de 72 heures). Pour les clientèles nécessitant une prise en charge en moins de 30 jours (P1) ou à l'intérieur d'un délai de 30 jours à 3 mois (P2), le résultat moyen est de 69 % alors que la cible est de 80 %. Plusieurs problématiques sont à examiner selon les caractéristiques du CSSS et de son RLS.

Rupture de services médicaux aux urgences

En Estrie, il est de plus en plus difficile pour plusieurs établissements, notamment en 2009-2010 pour les CSSS des Sources, de la MRC-de-Coaticook, du Granit et de Memphrémagog d'assurer des services médicaux pour tous les quarts de garde à l'urgence. D'importantes interventions de la directrice et des directeurs des services professionnels (DSP) et des chefs des services d'urgence sont nécessaires lors de l'élaboration des listes de garde. L'implication du DRMG s'avère cruciale. Une mobilisation des chefs d'urgence, des DSP, du DRMG et de la DAMU est réalisée, afin de trouver des pistes de solution aux problèmes récurrents.

La Table des chefs de médecine d'urgence, qui relève de la Table des DSP, a proposé une procédure facilitant l'élaboration des listes de garde ainsi qu'une collaboration interétablissement et intrarégionale des médecins. Le Chef d'urgence du CHUS est fréquemment interpelé à cet effet, mais également divers médecins des autres CSSS de la région. De nombreuses discussions tenues avec le MSSS ont permis de faire ressortir la situation estrienne et de faciliter la collaboration de dépannage intraprovincial.

Les travaux réalisés en 2009-2010, outre de gérer les menaces éminentes de rupture, ont été de consolider les mesures locales, régionales et provinciales. Diverses interventions visent la consolidation des mécanismes pour couvrir les quarts de garde aux urgences, notamment par la mobilisation des médecins du territoire, par l'utilisation de la banque provinciale de médecins dépanneurs et de résidentes et résidents 3 volontaires, ainsi que par la participation de collègues médicaux de la région.

Par ailleurs, tout établissement à risque de restriction d'activités médicales à l'urgence (de rupture de services d'urgence) doit déposer un plan de contingence incluant : la réorganisation des services, la communication avec la population et les ententes avec les établissements partenaires. À cet effet, un plan de contingence a été demandé aux CSSS des Sources, de Memphrémagog et de la MRC-de-Coaticook. La collaboration des CSSS a été assurée.

Plan de communication

Considérant la pénurie de médecins en Estrie, les risques de ruptures de services d'urgence et l'absence d'un plan de communication, les directeurs généraux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont approuvés, en avril 2009, la mise en place d'un plan de communication avec des stratégies permettant de répondre à la demande de ressources médicales en Estrie.

En effet, ce plan proposera des outils et des moyens, et offrira des solutions viables tant sur le plan de l'attraction, de la fidélisation, de la rétention et du soutien auprès des médecins en pratique.

L'équipe des communications de l'Agence et la DAMU, sont responsables de l'élaboration et de l'implantation d'un plan de communication et de l'identification des priorités annuelles.

Plan régional des effectifs médicaux – médecins omnipraticiens

En collaboration avec le CHUS, les CSSS de l'Estrie et le DRMG, l'Agence dépose, chaque année, un plan d'effectifs au MSSS. L'ajout net de main-d'œuvre médicale étant très limité, les priorités de recrutement doivent être convenues et ciblées.

En regard de la médecine générale, le DRMG ainsi que la DAMU ont participé à des travaux provinciaux de révision des critères et du modèle d'allocation des postes. Un ajustement des postes a été fait pour la région de l'Estrie, mais une allocation supérieure de postes au Plan régional des effectifs médicaux (PREM) demeure nécessaire. Certains éléments méritent d'être soulignés :

- Le recrutement des treize postes autorisés au plan régional d'effectifs médicaux en 2008 et en 2009. De ceux-ci, deux postes de mobilité sont demeurés non comblés. Plus de 32 % des nouveaux facturants entre 2004 et 2007 ont déjà quitté la région. L'objectif croissance zéro comme région universitaire serait plutôt dans la négative et cela explique l'argumentaire et les pressions du DRMG pour augmenter son nombre de postes au PREM.
- Le recrutement de deux postes « supplémentaires » et réservés pour répondre aux besoins d'enseignement (Plan d'effectifs médicaux universitaires [PÉMU]). Deux postes « réservés » PÉMU sont aussi prévus en 2010.

4.1.3 ORIENTATION 3 : FAVORISER L'ARRIMAGE ENTRE LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS

4.1.3.1 Services de consultation spécialisée à l'endroit de la première ligne

Plan de déconcentration des services médicaux spécialisés de base

Une démarche antérieure a permis de tracer un plan du niveau de services attendu dans les spécialités de base pour chacune des MRC. Ce plan couvre sept spécialités, soit la psychiatrie, la médecine interne, l'anesthésie, la chirurgie générale, la gynéco-obstétrique, la radiologie et la pédiatrie. La priorité a été accordée aux trois spécialités suivantes : médecine interne, radiologie et psychiatrie.

Globalement, l'accessibilité aux services de consultation spécialisée demeure problématique. Malgré une augmentation du nombre de rendez-vous dans ces services, les listes d'attente s'allongent. Parmi les éléments explicatifs, outre le vieillissement de la population et l'augmentation des cas nécessitant plus de soins, nous retrouvons comme goulot d'étranglement :

- la pénurie des médecins de première ligne et les références parfois trop nombreuses de certains médecins omnipraticiens;
- les délais excessifs d'attente pour les examens en imagerie;
- la gestion des rendez-vous.

Il s'agit d'un dossier complexe. Des améliorations peuvent être apportées sur le plan organisationnel. Des travaux ministériels en cours proposent un modèle d'accueil clinique permettant de mieux définir les services requis et une meilleure articulation entre ceux des première et deuxième lignes. Ce dossier devra faire l'objet d'attentions spéciales avec l'apport du DRMG et des partenaires régionaux concernés.

En radiologie, des travaux régionaux visent à favoriser une meilleure accessibilité aux services, mais aussi à faciliter la prescription des examens par les médecins de famille. Il est ainsi visé : le bon choix d'examen, pour le bon problème, au bon moment.

Un travail collectif se met graduellement en place pour réaliser les pistes de solution, mais aussi, et surtout, pour développer des actions impliquant l'ensemble des établissements et des laboratoires d'imagerie médicale dans une vision régionale d'offre de service. Le CHUS, un acteur majeur en imagerie médicale en Estrie, est à mettre à jour son plan d'action initial qui a commencé en 2008.

La poursuite des travaux en imagerie médicale se fait également avec la collaboration de la Table des DSP et la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de l'Agence. Il est visé d'optimiser l'utilisation des appareils et des services de l'ensemble des établissements du réseau de l'Estrie. À court terme, le nombre et les délais d'examens en attente, notamment en échographie et en tomodensitométrie, sont priorisés. À titre d'exemple, pour les tomodensitomètres, des ententes entre le CHUS et les partenaires du CSSS du Granit et bientôt du CSSS de Memphrémagog (CT Scan à venir) sont à établir afin de favoriser une répartition pertinente des examens et d'assurer un accès dans des délais acceptables. En regard des radiologistes, une participation interorganisationnelle est à consolider dans la résolution des problèmes.

En santé mentale, les travaux présentés à la section 4.1.2.1 Programmes-services font ressortir l'importance de l'implantation et de la consolidation dans chaque CSSS d'un guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés de santé mentale. Les médecins de première ligne doivent bénéficier non seulement du soutien et de l'accessibilité aux services par la mise en place de ce guichet, mais aussi de l'expertise-conseil d'un psychiatre répondant. Celui-ci assure, en plus des évaluations psychiatriques courantes, la fonction de formation et de soutien clinique à l'ensemble des intervenantes et des intervenants de première ligne. Dans l'optique d'une collaboration plus étroite entre les médecins psychiatres et les médecins de famille, des modalités de travail ont été définies. Le psychiatre répondant est d'un grand soutien pour aider le médecin de famille à prendre en charge la clientèle atteinte de problèmes de santé mentale, et optimise l'utilisation des ressources spécialisées. Là, encore, des modalités de travail sont à consolider et une hiérarchisation adéquate des services est à faire.

Le projet pilote en orthopédie

La chirurgie de la prothèse totale du genou est une chirurgie particulièrement ciblée sur le plan des délais d'accès à respecter (un délai d'attente maximal de six mois). Actuellement, la région de l'Estrie ne peut atteindre la cible attendue. Dans cette optique, l'Agence a proposé une entente de services de partenariat entre le CHUS et le CSSS de Memphrémagog, afin que celui-ci réalise des chirurgies de l'implantation de prothèses du genou dans son établissement.

Un document cadre a été élaboré, décrivant les responsabilités des deux établissements, en passant par les objectifs, le mandat et l'évaluation du projet. Le projet a nécessité l'identification et la mise en place de nombreux prérequis cliniques, organisationnels et fonctionnels. Citons l'élaboration et la mise en place de l'infrastructure, des équipes, des services nécessaires, ainsi que du suivi médical à réaliser, sans compter la formation des professionnels, les ententes administratives interétablissements, ainsi que le système de priorisation et de référence des personnes. Devant démarrer officiellement en février, ce n'est qu'en avril 2009 que les chirurgies ont débuté dans le respect des conditions exigées.

Actuellement, les activités de chirurgies se déroulent comme convenu et l'évaluation entreprise en mai 2010 permettra d'analyser les diverses dimensions de ce projet pilote et de formuler les recommandations nécessaires.

Accès à un traitement rapide des infarctus du myocarde

Sous l'égide de l'Agence et de la Table des DSP, un groupe de travail s'est mis en place, constitué d'un médecin de la DAMU, de deux médecins de la DOS pour le secteur des services préhospitaliers et d'un cardiologue du CHUS.

Les travaux de ce groupe de travail visent à adapter et à rehausser l'expertise clinique des intervenantes et des intervenants impliqués dans la prise en charge des patients avec un infarctus du myocarde avec une élévation du segment ST (IAMEST) de même qu'à favoriser une collaboration plus étroite entre les trois domaines impliqués dans cette prise en charge, soit les domaines préhospitalier, intrahospitalier et hémodynamie.

Une étude rigoureuse et détaillée des délais d'intervention pour les années 2006, 2007 et 2008 a été faite pour la région et chacun des territoires. Cette étude a permis de connaître en détail la situation des délais pour les services préhospitaliers de même que la situation pour les services intrahospitaliers pour chacun des CSSS (à vocation de centre hospitalier). Cette étude a aussi porté sur les délais de transfert des patients avec IAMEST entre les établissements.

Un plan régional et des plans d'action pour chacun des établissements concernés sont en voie d'être déposés pour l'été 2010. Ces plans contiennent les recommandations du groupe de travail, analysées et supportées par le directeur du Service de cardiologie du CHUS de même que par les membres de ce même service. Ils présentent également des outils cliniques variés et des algorithmes de prises en charge tant pour les patients arrivés en ambulance que pour ceux arrivés de façon autonome.

Plan régional des effectifs médicaux spécialisés

En médecine spécialisée, d'importants travaux ont été réalisés afin de procéder à l'analyse des postes vacants de chacune des spécialités de chaque établissement concerné : le CHUS, les CSSS de Memphrémagog, du Granit et le CSSS-IUGS. L'objectif est de décider de la cessation, du maintien ou de la transformation des postes vacants afin de mieux planifier l'offre et l'accessibilité des services spécialisés selon les besoins et la réalité de la région et des établissements. À la fin de l'analyse et à la suite des recommandations du Comité technique PREM-RUIS de Sherbrooke, la Table provinciale PREM-RUIS du 1er mars dernier a proposé le maintien de l'ensemble des postes vacants de l'Estrie. L'Agence est en attente des décisions finales en provenance du MSSS.

4.1.4 ORIENTATION 4 : DÉVELOPPER UN PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ DANS LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES

4.1.4.1 **Projet clinique et organisationnel :** partenariat et mise en réseau de services de santé et de services sociaux

Le partage de responsabilités et d'engagements entre les CSSS et les professionnels du réseau local de services

La planification de nouveaux services médicaux et la consolidation de ceux en place se font dans une vision de fonctionnement en réseau des services de première ligne, en encourageant, par exemple, des regroupements ou des ententes spécifiques entre les CSSS, les GMF et les cabinets médicaux (exemples : les consultations sans rendez-vous et les services d'urgence).

Tout au long de l'année, la DAMU a promu une collaboration entre les CSSS et les professionnels de leur réseau local de services, notamment des médecins (en GMF ou en cabinet privé) et des pharmaciens communautaires. Pendant la pandémie de grippe A(H1N1), il y a eu l'instauration d'un canal hiérarchisé de communication et de travail dont la mise en place, sous l'égide de chacun des CSSS et du CHUS, d'une triade de gestion. Cette triade était

généralement constituée du DSP, du représentant du DRMG ainsi que du responsable du volet de la santé physique du Comité de planification et d'intervention (sécurité civile). L'utilisation de cette approche a démontré son efficacité en regard des mécanismes de coordination, d'information, de décision et de travail sur le plan local. Cela a permis un partage efficace d'information entre l'Agence, les CSSS et le CHUS. Les commentaires reçus sont à l'effet d'un fonctionnement efficace, clair et supportant tout en instaurant un climat de confiance. Cette expérience permet d'envisager la pertinence d'une gouverne médicale territoriale reposant sur les principes gagnants de la formule utilisée.

Dans l'attente d'une telle formule et afin de consolider le partenariat entre les CSSS et les milieux cliniques du RLS, ainsi qu'une meilleure planification et organisation de services médicaux de première ligne, la consolidation des tables médicales territoriales a fait l'objet de diverses actions auprès des CSSS. Il est visé que chacune des tables soit composée minimalement du DSP, de la coordonnatrice ou du coordonnateur médical des services de première ligne, et de représentantes et de représentants des services médicaux du territoire pour, à titre d'exemple, soutenir localement la mise en place des programmes-services, plus spécialement des services médicaux de première ligne.

4.1.4.2 Mécanismes de concertation

Le Sous-comité des services médicaux de première ligne

Le 15 mars dernier est né le Sous-comité des services médicaux de première ligne sous la direction du Comité directeur Services généraux. Ce Sous-comité vise une meilleure intégration des priorités des services médicaux au sein de celles des services généraux. Il permet d'acheminer à la Table de coordination du réseau de l'Estrie (TCRE) l'étude de problématiques telles que : l'organisation de services médicaux (dont l'accès aux médecins, la prise en charge des clientèles vulnérables et les services de sans rendez-vous) et les changements de pratiques cliniques (ex. : ordonnances collectives, infirmières et infirmiers praticiens spécialisés, partenariat entre les médecins de première ligne et les pharmaciennes et pharmaciens communautaires). Dès la première rencontre un cadre régional sur la rédaction, l'adoption et la diffusion des ordonnances collectives dans les réseaux locaux de services a été étudié afin de répondre au besoin de changement de pratique. L'adoption de celui-ci devrait se faire à la rencontre de la TCRE de juin 2010.

La Table des directeurs des services professionnels

La Table des DSP exerce ses fonctions sous l'autorité de la TCRE avec le soutien de la DAMU. Elle est composée d'un directeur général répondant, du DSP des CSSS, du CHUS et du CRE, ainsi que du directeur des affaires médicales et universitaires. Soulignons la participation régulière de la Dre Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG, et du personnel professionnel de la DAMU.

Au cours de l'année 2009-2010, la Table des DSP s'est réunie à six reprises et a réalisé, entre autres, les travaux suivants :

- Participation à l'élaboration et à la mise en place des plans d'action locaux et régional afin d'améliorer le prise en charge des patients souffrant d'IAMEST;
- Travaux en regard de l'état de situation concernant les délais de transports ambulanciers et des correctifs à mettre en place pour respecter la norme établie par le MSSS;
- Développement d'un projet pilote en orthopédie au CSSS de Memphrémagog concernant les prothèses totales du genou;
- Élaboration de mesures correctives et d'un plan de contingence dans chaque CSSS détenant un service d'urgence;
- Contribution au plan de communication pour le recrutement, la rétention et la fidélisation des médecins de famille en Estrie.
- Pandémie :
  - Concertation des DSP, en regard de la mise en place d'une gouverne médicale locale et administrative ci-nommée « Triade de gestion », composée du DSP, d'un représentant du DRMG et d'un gestionnaire de soins et de services des établissements.
  - Travaux préparatoires à l'ouverture des sites non traditionnels, au contrôle de l'achalandage des urgences et au développement des corridors de services en spécialité, notamment pour les soins intensifs, l'obstétrique et la vaccination pour les personnes allergiques aux œufs.
  - Activité de débriefing effectuée avec les membres des triades de gestion afin de faire ressortir les forces et les éléments à améliorer lors d'une prochaine situation et des activités à maintenir.

4.1.5 ORIENTATION 5 : RÉPONDRE AUX DÉFIS PAR LE DÉVELOPPEMENT D'UNE ORGANISATION PERFORMANTE ET NOVATRICE DES SERVICES DE SANTÉ

4.1.5.1 Performance

Encore cette année, à la suite de la désignation de région dite autonome, les deux initiatives proposées au sous-ministre l'an dernier se sont poursuivies.

La première porte sur la gouverne, soit sur une plus grande décentralisation des responsabilités et une imputabilité accrue du réseau; cette action devant conduire à une plus grande performance du réseau. Les mécanismes de concertation régionaux ont été consolidés pour traduire l'orientation, soit un comité directeur par programme-services, présidé par une directrice ou un directeur général répondant nommé par ses pairs, des représentantes et des représentants au comité directeur de tous les établissements et soutenus par les directions de l'Agence. Il en est de même pour les tables régionales. Le comité établit son plan d'action et le fait entériner par la TCRE composée des directrices et des directeurs généraux de tous les établissements, et présidée par le président-directeur général de l'Agence. De plus, un comité de gouverne est actif pour convenir des priorités régionales et pour s'assurer de leur harmonisation avec les priorités locales et ministérielles.

La deuxième initiative porte sur la productivité et l'accessibilité. Pour réaliser cette action, les modifications apportées au mécanisme d'entente de gestion ont été reproduites. Les établissements ont été appelés à faire une offre de service en tenant compte des orientations ministérielles et régionales, et des améliorations de productivité et d'accessibilité. Pour soutenir les établissements dans cette démarche, l'Agence a développé des indicateurs de productivité permettant l'identification des zones d'amélioration. Cette approche a été aussi retenue pour identifier des zones d'amélioration en regard de l'accès aux services. Ces informations ont été transmises à l'ensemble des directrices et des directeurs généraux et les résultats ont fait l'objet de discussion. Les secteurs les plus problématiques ont fait l'objet d'un suivi périodique auprès des établissements concernés.

Compte tenu des travaux en cours par le MSSS sur l'élaboration de la planification stratégique 2010-2015 et la révision du Cadre de référence sur les ententes de gestion et d'imputabilité, l'année 2010-2011 en sera une de transition.

L'Agence aura à déposer une planification stratégique régionale 2010-2015 s'arrimant à ces travaux. La fin du cycle administratif 2005-2010 donnera lieu à un bilan des cinq dernières années sur la performance de la région concernant l'atteinte de ses engagements.

Notons que le Service de la performance, de la qualité et des communications (SPQC) a développé, au cours de l'année, plusieurs outils d'information et de comparaison sur la performance des établissements et de la région afin de soutenir les décisions de gestion.

4.1.6 ORIENTATION 6 : ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS

4.1.6.1 Amélioration continue de la qualité

Concertation régionale sur la qualité

L'Agence et les directions générales des établissements ont réaffirmé la pertinence de maintenir la structure de concertation régionale en matière de qualité des services par le biais de la Table régionale Qualité (TRQ). Au cours de l'année, les travaux des comités ont porté sur : la production d'un cadre de référence sur le modèle intégrateur de la qualité des soins et des services en Estrie; l'identification d'indicateurs de la continuité des services, le plan de pérennité de l'approche « plan de services intégrés » (PSI) ainsi que sur un protocole d'échange et d'utilisation des renseignements personnels découlant du PSI. D'autre part, des discussions ont porté sur différents sujets portant sur la qualité des services notamment : les responsabilités en lien avec la curatelle publique; le processus d'agrément des établissements, les recommandations à caractère systémique concernant l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services et, enfin, la planification des formations régionales.

Visites d'appréciation de la qualité des milieux de vie

Cette année encore, l'Agence a collaboré à la réalisation des visites ministérielles d'appréciation de la qualité des milieux de vie. Le mandat de l'équipe de visite est d'apprécier l'implantation de l'approche Milieu de vie, de reconnaître les actions mises de l'avant à cet égard, et de formuler des recommandations dans une perspective d'amélioration continue des soins et des services donnés à la clientèle concernée.

En Estrie, 85 % des installations d'hébergement et des milieux de vie substituts ont été visités. Les recommandations émises à la suite de chacune des visites d'appréciation ont donné lieu à l'élaboration, par les établissements, de plans d'amélioration suivis par l'Agence.

Les établissements estriens font bonne figure, car 75 % des plans d'amélioration ont été complétés, les mesures et les moyens identifiés ayant été mis en place dans les installations d'hébergement visitées.

Pour les plans d'amélioration encore en attente, le suivi est fait par la DOS de l'Agence.

En 2009-2010, la démarche d'appréciation a permis de visiter deux CHSLD. Certaines visites prévues ont été reportées en raison de la pandémie de grippe A(H1N1). La démarche se poursuit pour l'année 2010-2011.

L'ensemble des rapports de visites d'appréciation sont disponibles sur le site Internet du MSSS. Le MSSS a aussi publié un rapport national des visites d'appréciation de la qualité en CHSLD. Le document Visites d'appréciation de la qualité - Rapport national septembre 2004 à juin 2007 y est aussi disponible et présente la démarche des visites d'appréciation et son évolution.

Promotion des droits des usagers

En matière de promotion des droits, l'Agence a poursuivi la mise en œuvre du Plan d'action intégré 2008-2010. Ce plan d'action vise le développement concerté des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits. Deux objectifs sont attendus : la responsabilisation du personnel quant aux droits et aux responsabilités des usagères et des usagers, et la préparation d'outils d'information dédiés à la population en général, aux usagères et aux usagers des services, ainsi qu'aux instances et aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

4.1.6.2 Sécurité civile

Pandémie d'influenza

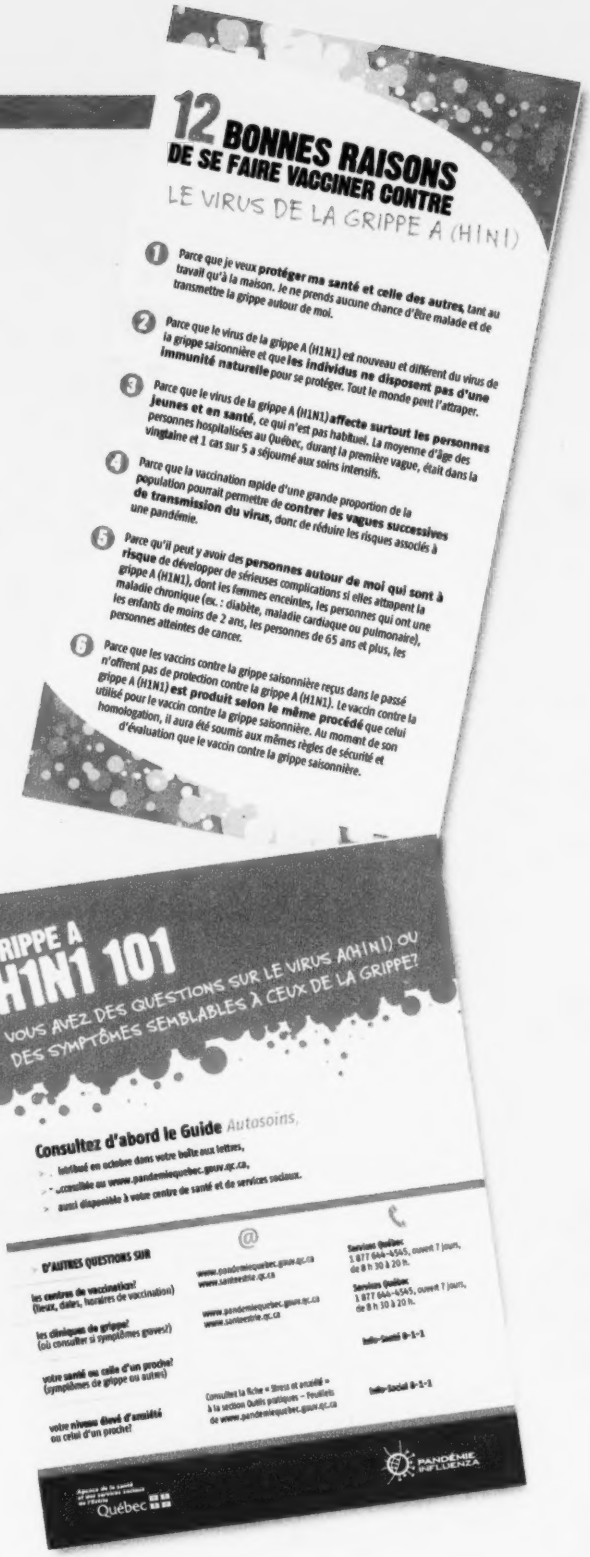
L'émergence possible d'un virus pandémique a favorisé la conscientisation de plusieurs organisations à se préparer pour contrer les effets de ce fléau appréhendé. Depuis mai 2006, l'Agence s'est dotée d'un Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza afin d'être prête à faire face à cette éventualité. Les activités inscrites à ce plan se sont donc concrétisées avec la survenue réelle de la pandémie de grippe A(H1N1) le 11 juin 2009, jour où l'Organisation mondiale de la santé rehaussait son niveau d'alerte à la phase 6 confirmant ainsi la présence d'une pandémie. Rappelons que cette première vague s'est déroulée en avril, mai et juin 2009.

La deuxième vague de grippe A(H1N1) a commencé au Québec le 4 octobre 2009 et s'est terminée à la mi-décembre 2009. Durant cette période, les ressources humaines de l'Agence et des établissements ont dû être mobilisées, tant pour la planification et l'organisation de la prestation des soins aux personnes infectées que pour la vaccination de la population.

Cette opération d'envergure constitue une première pour notre réseau. Considérée comme un succès, les résultats de l'opération ont démontré l'excellente organisation du réseau et l'efficacité des mesures de précaution. Par ailleurs, cette opération a permis de consolider plusieurs préparatifs du Plan régional de sécurité civile – Mission santé, tout en laissant place à la créativité et à l'innovation.

Un des plus grands défis rencontrés lors de cette pandémie a été de vacciner l'ensemble de la population dans des centres de vaccination de masse en même temps que de soigner la population par le biais des lieux de soins habituels et des cliniques de grippe. Le réseau a fait face à une augmentation gigantesque de la charge de travail. La mobilisation et l'engagement du personnel avec la collaboration de tous se sont transformés en un formidable travail d'équipe qui a permis l'atteinte d'un but commun : préserver la vie, la santé et le bien-être des citoyennes et des citoyens.

Lors de leur réunion du 3 février 2010, les membres du conseil d'administration de l'Agence ont adopté à l'unanimité une proposition de madame Lise Drouin-Paquette, vice-présidente, visant à remercier et à féliciter l'ensemble du personnel, les gestionnaires et les médecins du RSSSE pour leur grande contribution et leur implication remarquable et exceptionnelle lors de la pandémie.



Centre de coordination régional en sécurité civile – Mission santé

En 2008-2009, des travaux pour un éventuel déploiement d'un centre de coordination régional en sécurité civile – Mission santé (CCSC-MS) avaient commencé à l'Agence. Le CCSC-MS est le lieu de concertation, de décision et de coordination de l'ensemble des activités de l'organisation de l'Agence au moment d'un sinistre. On y retrouve les membres du comité de planification et d'intervention (COPIN) et, selon les besoins, certaines personnes-ressources (provenant de l'Agence ou de l'externe) peuvent aussi être présentes.

L'arrivée de la première vague de grippe A(H1N1) au mois de juin 2009 a permis l'aboutissement de ce projet. L'Agence est maintenant dotée d'un CCSC-MS fonctionnel qui répond en tout point aux attentes du COPIN de l'Agence. Pour assurer la gestion de la réponse au sinistre, le CCSC-MS peut fonctionner selon deux niveaux d'intervention :

Niveau d'intervention 1 – local

Le niveau d'intervention 1 correspond à un sinistre ne nécessitant que quelques personnes pour assurer la gestion de la réponse au sinistre. Dans ce genre d'intervention, cinq postes de travail sont en fonction en permanence et sont équipés d'un ordinateur et d'un téléphone; une imprimante et un télécopieur sont également fonctionnels.

Niveau d'intervention 2 – régional ou national

Le niveau d'intervention 2 correspond à un sinistre nécessitant un déploiement complet du CCSC-MS. Dans ce genre d'intervention, jusqu'à quatorze postes de travail peuvent être en fonction et équipés d'un ordinateur et d'un téléphone; une imprimante et un télécopieur sont également fonctionnels.

Santé publique

La Direction de santé publique et de l'évaluation a été entièrement mobilisée dans le cadre des deux vagues de la pandémie de grippe A(H1N1) 2009.

Comme prévu au plan de lutte contre une pandémie d'influenza, six stratégies de santé publique ont été mises en place, notamment la surveillance, la prévention des infections, la gestion des cas et des contacts, l'utilisation d'antiviraux en prophylaxie, la mise en place de mesures populationnelles et la vaccination.

Surveillance

Au cours des deux vagues de la grippe A(H1N1), les productions issues de la fonction de surveillance ont facilité la prise de décision à divers niveaux. Celles-ci ont été diffusées aux personnes mobilisées pour la pandémie tant à l'échelle locale que régionale, en plus de servir à informer la population.

Le traitement et l'analyse de diverses données ont permis la production d'un bilan épidémiologique quotidien et hebdomadaire, une des principales réalisations. Ces bulletins présentaient des renseignements concernant le nombre de cas diagnostiqués, le nombre d'hospitalisations, de décès, d'appels au service Info-Santé 8-1-1, des variables pertinentes de la situation aux urgences et aux centres hospitaliers. Ceux-ci intégraient également le suivi de la couverture vaccinale ainsi qu'un résumé des situations québécoise, canadienne et mondiale concernant la pandémie.

Les tableaux qui suivent présentent quelques-uns des résultats propres à la deuxième vague caractérisée par une intensité de l'activité grippale pandémique plus élevée que la première vague au printemps 2009.

Nombre de cas[1] de grippe A(H1N1) hospitalisés, selon la date de déclaration et le niveau de soins du patient, au Québec, depuis le 30 août 2009 (2e vague)

Type de cas	Depuis le 30 août 2009
Nombre de cas hospitalisés[2]	2 490
Nombre total de cas aux soins intensifs[3]	361
- Sans condition sous-jacente[4]	56
Nombre total de décès[5]	82
- Sans condition sous-jacente[4]	2

SOURCE : STATISTIQUES DESCRIPTIVES CUMULATIVES DEPUIS LE 30 AOÛT 2009 EN DATE DU 24 MARS 2010, INSPQ ET MSSS.

1. Résidants du Québec.

2. Le cas hospitalisé est un patient ayant occupé un lit de courte durée (incluant un lit de débordement) et ayant obtenu un résultat de Reverse Transcriptase-Polymerase chain reaction (RT-PCR) positif pour la grippe A(H1N1).

3. Le cas aux soins intensifs est un cas hospitalisé ayant nécessité une admission aux soins intensifs ou dans unité équivalente et ayant obtenu un résultat de RT-PCR positif pour la grippe A(H1N1).

4. Les conditions sous-jacentes identifiées par le questionnaire d'enquête sont les cardiopathies chroniques, le diabète, les néphropathies, l'immunosuppression, l'obésité sévère, les maladies pulmonaires chroniques, les conditions neuromusculaires. Une catégorie Autres conditions est aussi disponible. Toutes les conditions sous-jacentes présentes chez les patients ayant contracté la grippe A(H1N1) sont analysées même si, actuellement, certaines ne sont pas des facteurs de risque de complications de l'influenza reconnus.

5. Les décès comprennent l'ensemble des décès survenant chez les cas confirmés de grippe A(H1N1) sans période de récupération entre le début de la maladie et le décès.

Nombre de cas de grippe A(H1N1), en Estrie, depuis le 30 août 2009 (2e vague)

Région sociosanitaire	Cas hospitalisés[1]	Cas décédés[2]
05 - Estrie	146	4

SOURCE : BILAN DES DEUX VAGUES DE PANDÉMIE A(H1N1) EN ESTRIE ET AU QUÉBEC, SERVICE DE LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION, ASSSE.

1. Le cas hospitalisé est un patient ayant occupé un lit de courte durée (incluant un lit débordement) et ayant obtenu un résultat de RT-PCR positif pour la grippe A(H1N1).

2. Les décès comprennent l'ensemble des décès survenant chez les cas confirmés de grippe A(H1N1) sans période de récupération entre le début de la maladie et le décès.

Gestion des cas et contacts et antiviraux en prophylaxie

La gestion des cas et des contacts a nécessité une collaboration étroite entre les établissements et l'Agence. Tous les cas ont été pris en charge par les établissements, cependant, selon la directive du MSSS, les cas hospitalisés ou décédés ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique par la santé publique.

Au début de la première vague, les contacts des cas hospitalisés étaient également enquêtés par la santé publique. Pour certains, l'administration d'antiviraux a été requise et les mécanismes d'accès à la médication ont bien fonctionné.

L'administration d'antiviraux en prophylaxie a également été recommandée dans certaines circonstances en CH et en CHSLD, et ce, afin de prévenir la contagion au sein des établissements : tant la clientèle que le personnel ont pu en bénéficier. Cependant, la stratégie de distribution à large échelle des antiviraux en prophylaxie n'a pas eu à être déployée, cet usage n'ayant pas été retenu comme moyen efficace ou pertinent pour lutter contre la souche pandémique circulante.

La prévention des infections

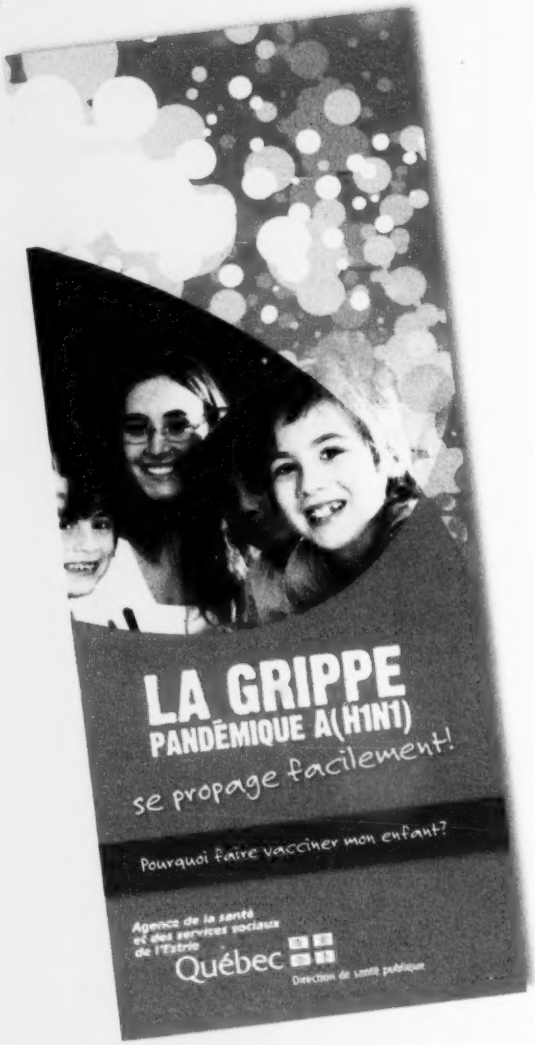
Les milieux de soins et les milieux de vie (école, garderie et milieux de travail) ont tous eu à renforcer les mesures de prévention des infections afin de limiter la propagation de la maladie. Le lavage des mains et les bonnes pratiques d'hygiène respiratoire ont été au cœur des recommandations de la santé publique. Plusieurs mesures simples ont été mises en place et ont permis de limiter la transmission de la grippe A(H1N1).

La première vague de la pandémie a été l'occasion de réviser les mesures de protection respiratoire recommandées et de les étendre à une plus grande partie du personnel soignant de la première ligne dans les établissements et les cliniques médicales; pour ce faire, les tests d'ajustement et d'étanchéité nécessaires pour le port de masques de type N95 ont été réalisés par les CSSS et le CHUS.

Préparées en fonction de la grippe aviaire; les mesures de prévention des infections ont dû être ajustées à la baisse en fonction de la virulence moins importante du virus de la grippe A(H1N1), contrairement à celui du virus de la grippe aviaire A(H5N1).

Les mesures populationnelles

Le directeur national de santé publique a émis des mesures visant à protéger la population. Ces mesures, ajustées tout au long de la pandémie, ont été diffusées dans les établissements et au grand public.



La vaccination

Le 21 octobre 2009, les autorités de santé publique ont confirmé la deuxième vague de la grippe A(H1N1). Une vaccination de masse contre ce virus a commencé officiellement le lundi 26 octobre 2009 et s'est poursuivie pendant approximativement huit semaines. La vaccination pandémique a été offerte à l'ensemble de la population sur une base volontaire et de façon séquentielle, selon les facteurs de risque professionnels (personnel soignant) ou personnels (âge, présence de maladie sous-jacente). Cette campagne de vaccination de masse visait à assurer la protection de la santé publique et à diminuer les impacts de la maladie (mortalité, morbidité) tout en maintenant les services de santé.

La vaccination était offerte sur l'ensemble du territoire dans des centres de vaccination de masse (POD). Toutefois, afin de tenir compte des réalités locales et dans un objectif de rejoindre davantage de population, la vaccination a également été offerte dans les milieux de vie, notamment en CHSLD, en centres de réadaptation, à domicile et en milieu scolaire.

Au 3 février 2010, la vaccination contre la grippe A(H1N1) a permis de rejoindre 178 992 personnes, soit plus ou moins 58,8 % de la population estrienne. Le taux de couverture vaccinale du groupe 1, soit le groupe le plus vulnérable, a atteint quant à lui 82,9 %. La surveillance et les enquêtes des manifestions cliniques postvaccinales a permis de conclure à la sécurité des différents vaccins disponibles utilisés au cours de la campagne.

PHOTO : CENTRE DE VACCINATION DU CSSS-IUGS

4.1.6.3 Prestation sécuritaire

Système d'information pour la sécurité des soins et des services (SISSS)

D'importants travaux provinciaux ont été réalisés afin de déployer l'application informatique du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). L'ensemble des établissements se sont assurés de la mise en place du système d'information ou d'un registre local pour la déclaration, l'analyse et la divulgation des incidents et des accidents. Tous les établissements se sont préparés à adapter leur système d'information en prévision de la nouvelle version du SISSS qui sera déployée en 2010-2011. Notons que ce système permettra d'obtenir des informations dénominalisées sur le nombre d'incidents et d'accidents tant au plan local, régional que provincial. De plus, il permettra de faire l'analyse et l'identification de solutions afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et services.

Prévention des infections nosocomiales

Les travaux de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN) ont été orientés en 2009-2010 à soutenir l'implantation du tableau de bord permettant aux établissements de suivre les différentes composantes de la prévention et du contrôle de ces infections. L'année 2009-2010 est la première où tous les établissements de la région ont implanté cet outil. La TRPIN compte utiliser cet outil pour planifier ses travaux en vue de soutenir les établissements de la région.

Par ailleurs, les travaux de la TRPIN ont permis d'implanter dans la plupart des établissements une méthodologie pour réaliser des audits sur les bonnes pratiques. Des travaux ont été également réalisés pour soutenir la formation lors de l'embauche des différentes catégories de professionnels et d'employés.

La campagne annuelle régionale sur la prévention des infections nosocomiales a porté sur le thème des bonnes pratiques de l'utilisation des gants.

Les indicateurs épidémiologiques montrent pour l'année 2009-2010 un maintien des améliorations réalisées entre 2004 et 2009.

Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques

L'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques, à titre de mesure de contrôle, doit se faire de façon exceptionnelle et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Le déploiement du programme national de formation auprès du personnel concerné, plus spécifiquement auprès des médecins, des infirmières et des infirmiers, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, s'est poursuivi durant l'année. Le MSSS vise à ce que 66 % du personnel concerné soit formé. En 2009-2010, la région de l'Estrie s'est rapprochée de cet objectif en atteignant une proportion de 42 %, ce qui constitue une augmentation de 5 % comparativement à l'année précédente. Le déploiement de ce programme se poursuivra au fur et à mesure que le contenu de la formation sera adapté par le MSSS pour tenir compte des particularités de l'intervention auprès de différentes clientèles et de secteurs d'activités, soit les services à domicile, les résidences pour personnes âgées, les jeunes en difficulté et la pédopsychiatrie.

Programme AMPRO

Ce programme porte sur une Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO) et vise à réduire les accidents et les incidents de soins obstétricaux lors des accouchements. La formation des équipes concernées s'est poursuivie en 2009-2010.

Rappelons qu'en Estrie, le CHUS, le CSSS du Granit et le Centre de maternité de l'Estrie rattaché au CSSS-IUGS participent à ce programme.

4.1.6.4 Certification des résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées a pour objectif d'assurer des milieux de vie agréables, sécuritaires et adaptés aux besoins des quelque 5 000 Estriennes et Estriens qui y résident.

Au 31 mars 2010, 122 résidences figuraient au Registre des résidences pour personnes âgées. De ce nombre, 78 avaient été certifiées et 44 étaient en processus de suivi.

Dans la très grande majorité des dossiers, les correctifs attendus sont liés à la sécurité des personnes hébergées (le plan de sécurité incendie) ainsi qu'à la conformité des immeubles aux normes et aux lois en vigueur (Loi sur la sécurité dans les édifices publics, Loi sur le bâtiment, etc.), et ce, compte tenu de l'usage qui en est fait.

Des travaux sont en cours pour compléter la première ronde de certification.

Depuis le 1er février 2010, des changements ont été apportés au processus de certification, par l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la certification de certaines ressources offrant de l'hébergement pour des clientèles vulnérables (2009, c.46). Les modifications portent notamment sur l'élargissement du processus de certification des résidences pour personnes âgées à certaines ressources du domaine de la santé et des services sociaux qui offrent de l'hébergement à des clientèles vulnérables. De plus, la certification est maintenant valide pour trois ans.

4.1.6.5 Plan régional de traitement des plaintes

Le niveau régional de traitement des plaintes concerne les résidences pour personnes âgées, le transport ambulancier, les organismes communautaires et les activités de l'Agence.

Voici les faits saillants pour 2009-2010 :

- 33 plaintes pour 54 objets différents;
- 14 assistances;
- 10 interventions (initiative du commissaire).

Globalement, les motifs des plaintes concernent :

- la nature ou la façon dont les soins et les services sont dispensés (14 motifs);
- l'accessibilité aux services (6 motifs);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (13 motifs);
- les relations interpersonnelles avec la direction ou le personnel (8 motifs).

Les plaintes sont traitées à 75 % dans un délai inférieur à 45 jours. Dans la très grande majorité des cas, les parties en cause font les efforts nécessaires pour améliorer la situation et ajouter de la qualité aux services dispensés. L'amélioration des communications, l'ajustement des activités professionnelles, l'encadrement et la supervision du personnel, et le respect des droits des usagères et des usagers sont les mesures les plus significatives.

Le régime d'examen des plaintes, en place depuis 2006, est de plus en plus connu et mieux utilisé. Aussi, quelques conférences ont été tenues auprès d'associations de personnes retraitées et d'organismes communautaires désireux de mieux connaître le régime de plaintes, afin de l'utiliser à sa juste valeur pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services.

La mise en œuvre du plan d'action intégré pour la promotion des droits des usagères et des usagers en Estrie réserve un rôle de choix pour le travail du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services : informer le personnel professionnel et la population sur les droits des usagères et des usagers pourrait prévenir la formulation de plaintes, mais surtout favoriser la participation de la clientèle à l'amélioration de la qualité des services.

4.1.7 ORIENTATION 7 : ASSURER UNE GESTION RIGOUREUSE EN OPTIMISANT L'UTILISATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

4.1.7.1 Ressources financières

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôtel-Dieu : Projet d'agrandissement et de réaménagement

Au cours de la dernière année, tous les efforts nécessaires ont été déployés afin d'obtenir le financement requis pour le budget d'opération récurrent du projet d'agrandissement et de réaménagement du CHUS – Hôtel-Dieu.

De cette démarche, il en a résulté, pour l'exercice 2009-2010, un montant de 6 651 000 $, dont une portion de 3 020 000 $ revêt un caractère récurrent. Cette allocation inclut une somme non récurrente de 399 060 $ qui sera versée conditionnellement à la réalisation de volumes additionnels en médecine de jour et en imagerie médicale, ainsi qu'un montant non récurrent de 86 000 $ pour l'appareil par résonnance magnétique annualisé à 400 000 $ pour l'exercice 2010-2011.

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

En 2009-2010, les efforts se sont poursuivis pour obtenir le financement requis pour le budget d'opération récurrent et non récurrent du projet d'agrandissement et de réaménagement du CSSS de Memphrémagog.

Des discussions avec le MSSS, il en est ressorti une allocation budgétaire de 4 656 000 $ sur une base annuelle. Les frais de fonctionnement des locaux additionnels inclus dans cette allocation représentent 1 247 000 $. Cette allocation sera versée à l'établissement de façon progressive en fonction de l'obtention du certificat de réception provisoire des travaux, de la progression de l'ouverture des lits en soins de longue durée et de l'embauche des ressources humaines nécessaires au fonctionnement du projet.

Consolidation

Depuis l'exercice 2007-2008, le gouvernement met des efforts à la consolidation de ses états financiers avec ceux des organismes faisant partie de son périmètre comptable.

Ainsi, les établissements publics du réseau et les agences de la santé et des services sociaux (ASSS) doivent fournir des informations supplémentaires à l'intérieur de leur rapport financier annuel concernant les opérations financières entre eux et les autres organismes.

En 2009-2010, les mesures à appliquer et les informations à fournir par les établissements et les ASSS ont été améliorées et augmentées pour ainsi mieux répondre aux besoins de consolidation. Ainsi, chaque instance devait communiquer avec l'apparenté avec lequel il avait des transactions financières, afin de valider et de corroborer les informations à divulguer dans le cadre de la consolidation. De plus, les ASSS devaient corroborer les informations entre les établissements de leur région respective, confirmer toutes les sommes à payer aux établissements à la fin de l'année financière et fournir des explications au MSSS sur les écarts importants retracés. Ce travail de validation a impliqué une importante collaboration entre les établissements et les ASSS, ainsi qu'un suivi étroit et des communications régulières.

Abolition de la facturation intrarégionale des services de laboratoires (biologie médicale)

En mars 2008, le MSSS a décidé que la facturation interétablissements pour la biologie médicale devait être abolie au plus tard le 1er avril 2010 et que la facturation intrarégionale serait abolie à compter du 1er avril 2011.

Un sous-comité de travail fut formé, afin de réaliser les démarches face à l'abolition de la facturation intrarégionale, en Estrie. En février 2010, le processus de la démarche fut proposé, puis entériné par toutes les instances concernées. Ainsi, un transfert budgétaire des CSSS vers le CHUS sera effectué, pour l'année financière 2010-2011 et pour les années suivantes, en fonction des calculs des procédures pondérées.

4.1.7.2 Ressources matérielles

Projet du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

En cours d'année, l'Agence a reçu le projet de programme fonctionnel et technique visant le projet d'agrandissement au CSSS du Haut-Saint-François. L'Agence en a analysé le contenu et transmis ses commentaires pour établir la version finale. Les suites seront assurées selon le processus habituel.

Projet du Centre de santé et de services sociaux du Granit

En cours d'année, le CSSS du Granit a acheminé à l'Agence un document préalable à l'élaboration de son projet fonctionnel et technique. L'Agence a transmis ledit document au MSSS. Les suites appropriées selon la nouvelle méthodologie seront assurées au cours de l'exercice subséquent.

Projet du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont

Concernant le projet d'agrandissement du site Fleurimont, l'Agence a reçu le dossier préliminaire en cours d'exercice. Celui-ci a été analysé en étroite collaboration avec l'établissement. Le dossier a par la suite été transmis au MSSS pour autorisation de mise à exécution. Compte tenu des difficultés financières du CHUS, ce dossier a accusé un certain retard. Maintenant que la situation financière s'est rétablie au sein de l'organisation, les travaux seront repris au Ministère.

Relocalisation des clientèles de la Maison Blanche de North Hatley

Au cours de l'exercice 2009-2010, le Groupe Champlain, propriétaire de la Maison Blanche de North Hatley, a informé l'Agence de la fragilité de l'immeuble situé à North Hatley et hébergeant 60 résidents atteints majoritairement de problèmes de santé mentale. Les problèmes de l'immeuble ont été confirmés par deux évaluations d'experts qui laissent craindre un effondrement de la structure si celle-ci devait soutenir un poids significatif causé par le verglas ou la neige.

Afin de pallier ce problème, le CSSS-IUGS s'est porté acquéreur de la Maison Rose-Giet située au 60, rue Jean-Maurice, à Sherbrooke, et ce, afin de relocaliser les clientèles de la Maison Blanche. Cette acquisition par un établissement public a permis au Groupe Champlain de poursuivre son offre de service à l'intérieur du nouveau bâtiment acquis.

Formation du système d'information Actifs+ Réseau

Actifs+ Réseau vise à doter le réseau public de la santé et des services sociaux d'un système informatisé de gestion des plans de conservation et de fonctionnalités immobilières, de l'actif immobilier et des équipements médicaux. Celui-ci est utilisé par l'ensemble du personnel ayant la responsabilité de maintenir et de gérer ces actifs dans les établissements, dans les ASSS et au MSSS. Le système d'information Actifs+ Réseau les soutient dans la réalisation et le suivi des plans de conservation et de fonctionnalités immobilières. Il regroupe également les fonctionnalités permettant de constituer, de mettre à jour et de gérer l'inventaire national de l'actif immobilier ainsi que l'inventaire national des équipements médicaux de 100 000 $ et plus et des appareils dits stratégiques.

L'introduction du système d'information Actifs+ Réseau a représenté un effort important pour assurer une gestion rigoureuse des fonds affectés à la conservation et à la fonctionnalité du parc immobilier et des équipements médicaux.

La coordination de la mise en place et de l'opération du système d'information Actifs+ Réseau a été confiée à la société de gestion informatique SOGIQUE. En d'autres termes, SOGIQUE est le mandataire des technologies de l'information. De plus, deux autres mandataires sont identifiés : la Corporation d'hébergement du Québec, à titre de mandataire immobilier, et le Groupe Biomédical Montérégie comme mandataire des équipements médicaux.

Le système vise deux grands objectifs :

- acquérir et déployer un outil informatique pour aider le personnel à réaliser les plans de conservation et de fonctionnalité immobilières, à faire le suivi de l'avancement des projets et des décaissements, ainsi qu'à produire de l'information financière;
- acquérir et déployer un outil permettant de soutenir les intervenantes et les intervenants dans la constitution, la mise à jour et la gestion de l'inventaire national de l'actif immobilier et des équipements médicaux.

Tout au cours de l'année 2009-2010, le personnel des Ressources matérielles de l'Agence a formé et accompagné les personnes représentantes des établissements concernés dans l'utilisation de ce nouvel outil informatique.

4.1.7.3 Ressources informationnelles et technologiques

Projet prioritaire d'informatisation

On se souvient que le projet prioritaire, issu du plan régional d'informatisation de l'Estrie, comporte cinq services prioritaires :

- l'imagerie médicale;
- les laboratoires;
- l'historique biopsychosociale (ce service remplacera le Système d'information géronto-gériatrique [SIGG] et le système Réseau de services intégrés aux personnes âgées [RSIPA]);
- le registre de vaccination;
- la gestion des demandes de services.

Afin de poursuivre sur la lancée du projet, il devenait essentiel que la plateforme *Continuum Ariane* migre vers le système d'exploitation CACHE et que l'on ajoute le logiciel d'intégration *Ensemble*, afin d'assurer la pérennité du projet.

Pour rendre le tout opérationnel en cours d'exercice, l'Agence a mandaté le CHUS pour la gestion de la plateforme régionale Continuum Ariane et pour l'actualisation des décisions et orientations régionales en lien avec ladite plateforme.

Dossier de santé du Québec

En 2009-2010, la téléassitance en soins de plaies a été déployée sur le territoire estrien. De plus, le déploiement et la mise en opération du Picture Archiving and Communication Systems (PACS) ont été complétés pour l'ensemble des établissements concernés de la région, ainsi que pour quelques établissements des régions de la Mauricie, du Centre du Québec et de la Montérégie.

Soutenir la migration RTSS – RITM

Le projet provincial de migration des liens de télécommunication du réseau RTSS vers le nouveau réseau RITM, lancé en 2008, a réellement commencé ses activités en avril 2009. La fin de la migration est prévue pour la fin 2010, mais il y a tout lieu de croire que l'importance de la tâche amènera quelques délais supplémentaires. Dans notre région, outre le travail réalisé par le fournisseur Telus, ce projet met à contribution le coordonnateur régional à temps complet ainsi que des coordonnateurs locaux (pour les interventions ponctuelles) dans chaque établissement.

L'Estrie compte 61 édifices rattachés au réseau RTSS dont la moitié à haute vitesse par le bais d'un lien de fibre optique. Le projet de migration prévoit offrir un lien à haute vitesse à une vingtaine de points de services supplémentaires, d'ici la fin de 2010, pour un total de 50 sur 61.

Au 31 mars 2010, les liens de télécommunications de 12 édifices avaient migré au réseau RITM, ce qui représente un pourcentage de réalisation de 20 %.

> 4.2 Enjeu 2 : Maximisation de notre capacité d'attraction, de rétention et d'adaptation à l'évolution de la pénurie actuelle et appréhendée en ressources humaines, dans l'ensemble du RSSSE

Dans le cadre de l'enjeu 2 du Plan pluriannuel 2008-2011 du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie vient se greffer la planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012. Dans ce contexte, l'Agence a poursuivi la concertation et les actions sur les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des compétences au plan régional, et ce, auprès du personnel salarié et d'encadrement.

Ce plan stratégique propose une approche systémique et concertée de la planification de main-d'œuvre et du développement des compétences du personnel du réseau, où convergent aussi bien les actions locales et régionales que les orientations ministérielles.

4.2.1 ORIENTATION 8 : AUGMENTER LE POUVOIR D'ATTRACTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Valorisation du secteur de la santé et des services sociaux, de ses établissements et de ses professions et métiers

En Estrie, plusieurs salons se sont tenus en 2009-2010 et l'Agence a participé à l'organisation régionale afin que soient représentés les différents établissements, lors des trois événements suivants :

- Le Salon de formation professionnelle et technique en Estrie, les 21, 22 et 23 octobre 2009;
- Le Salon des employeurs en santé de l'Estrie, à l'Agence, le 1er février 2010;
- Le Salon Priorité-Emploi 2010, les 26 et 27 mars 2010.

Ces salons rejoignent stratégiquement les trois clientèles visées, soit les jeunes qui doivent faire un choix de carrière, les étudiantes et les étudiants voulant intégrer les établissements du RSSS et les personnes sur le marché du travail qui désirent intégrer le réseau.

4.2.1.1 Recrutement de la main-d'œuvre

Diversification du bassin de main-d'œuvre potentielle

Un rapport de recherche portant sur les variables d'influence du choix professionnel et des stratégies de recrutement et de rétention de la clientèle masculine, dans les professions non traditionnelles du secteur de la santé et des services sociaux, a été financé par l'Agence en partenariat avec l'Université de Sherbrooke. Il a été diffusé à l'ensemble des directions des ressources humaines de notre région.

Un projet d'intégration d'infirmières colombiennes en Estrie, en partenariat avec le Cégep de Sherbrooke et trois établissements du réseau, a permis de recruter quinze infirmières en Colombie qui sont actuellement en phase de terminer toutes leurs démarches pour être intégrées comme infirmières régulières dans trois établissements de l'Estrie dans la prochaine année.

En collaboration avec des partenaires de l'éducation et de l'immigration, cinq personnes immigrantes ont été intégrées comme préposées aux bénéficiaires dans trois établissements de l'Estrie. Ces personnes ont des formations liées au domaine de la santé et des services sociaux dans leur pays qui ne peuvent être reconnues par les ordres professionnels du Québec sans démarches à plus ou moins long terme.

Définition des stratégies de recrutement régional

Plusieurs stratégies de recrutement ont été poursuivies en Estrie. Notamment, les outils promotionnels suivants ont été distribués :

- sacs réutilisables « J'en fais partie »;
- stylos écolos;
- lanières pratiques « J'en fais partie »;
- fiches cartonnées « J'en fais partie » présentant une liste des programmes d'études offerts en Estrie.

Soutien à la préparation à l'emploi

Les travaux du projet Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé et services sociaux (PRIMOSSS) ont été poursuivis, afin de préparer la relève à leur intégration dans nos milieux de santé et de services sociaux.

Le service de placement étudiant s'est poursuivi à l'été 2009. L'embauche de deux superviseurs, le lancement, les inscriptions au recrutement régional et un suivi des embauches résultent de cet exercice. Les travaux se sont poursuivis en 2010 par un service en ligne sur le site Internet de l'Agence, section « Emplois ». Ce service s'adressait aux étudiantes et aux étudiants de certains programmes d'études visant l'intégration de la relève du RSSS. Plusieurs établissements ont participé à cet exercice.

Pour assurer la réalisation des stages requis dans les programmes de formation en santé et en services sociaux, les travaux se poursuivent chaque année par la coordination entre les établissements du réseau et la concertation des partenaires régionaux. Voici les programmes d'études concernés :

- Santé, assistance et soins infirmiers (infirmière auxiliaire et infirmier auxiliaire);
- Assistance à la personne en établissement de santé (préposée et préposé aux bénéficiaires);
- Assistance à la personne à domicile (auxiliaire aux services de santé et sociaux);
- Soins infirmiers (infirmière et infirmier).

De plus, des travaux sont en cours afin d'implanter un outil informatique pour la gestion et la planification des stages en soins infirmiers et soins d'assistance. Cette application Web vise à soutenir le réseau de la santé et de l'éducation. Ce logiciel s'intitule HSPnet (Health Sciences Placement Network, pour Réseau de gestion des stages en sciences de la santé).

4.2.2 ORIENTATION 9 : AMÉLIORER LES PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

4.2.2.1 Recrutement de la main-d'œuvre

Mise en valeur d'un processus de recrutement efficace et efficient

Un nouveau processus a été implanté dans l'ensemble des établissements en Estrie. Il s'agit d'inclure dans toutes les lettres de refus d'un candidat ou d'une candidate le texte suivant : « **Sachez cependant que le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie compte 15 établissements sur son territoire; chacun proposant des offres d'emploi intéressantes. Dans ce contexte, nous vous invitons à consulter le www.santeestrie.qc.ca/emplois afin d'obtenir toutes les possibilités d'emploi dans nos établissements. Bon succès dans vos démarches de recherche d'emploi!** ».

Actualisation du plan de main-d'œuvre

Afin d'actualiser le plan de main-d'œuvre 2009-2010, l'Agence a poursuivi l'implantation du cadre normatif en gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO). De plus, elle soutient les établissements relativement à l'harmonisation des données régionales par le biais d'un outil standard répondant aux normes ministérielles, et ce, par un module du logiciel Logibec nommé PMO-PPE (Planification de la main-d'œuvre - Plan prévisionnel des effectifs). Également, la nouvelle solution d'intelligence d'affaires SIRH (Système d'information des ressources humaines) est disponible actuellement à l'Agence et au MSSS. Le SIRH propose une base de réflexion, de recherche et de prises de décisions en matière de gestion des ressources humaines en lien, notamment, avec les six indicateurs du cadre normatif ministériel en GPMO.

4.2.3 ORIENTATION 10 : ACCROÎTRE LE TAUX DE RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS L'ENSEMBLE DU RSSS DU QUÉBEC

4.2.3.1 Rétention de la main-d'œuvre

Soutien aux établissements quant aux changements favorisant la rétention de la main-d'œuvre

Afin d'attirer et de retenir le personnel infirmier, un programme de soutien clinique, volet préceptorat, est offert aux établissements par le MSSS. Ce programme permet à huit établissements de notre région d'offrir un programme en fonction de ses réalités. De plus, un programme régional de formation à l'intention des personnes préceptrices (deux journées complètes les 27 janvier et 3 février 2010 et une demi-journée de mentorat à venir en 2010-2011) a été diffusé et a rejoint dix-sept personnes participantes.

Un guide d'accueil régional, étant le premier volet du Programme structuré d'accueil et d'intégration des cadres en Estrie (PAICE), a été élaboré sous forme de babillard pour favoriser l'accueil et l'intégration du nouveau personnel d'encadrement, mais aussi pour tenter de répondre à un enjeu de rétention de ce personnel du réseau.

De plus, un coffre à outils de gestion destiné au personnel d'encadrement de la région a été réalisé, afin de les outiller et de les sensibiliser à quatre thématiques incontournables du réseau, soit : l'accueil, l'intégration et l'orientation, la mobilisation d'une équipe de travail, la gestion d'un climat de travail dans une perspective d'amélioration, le mentorat et le coaching.

Mise en commun et développement d'outils pour travailler à l'organisation du travail

Afin de permettre un partage de l'information et des outils, un babillard régional a été alimenté en continu à l'intention des sept CSSS visés par les projets d'organisation des soins et du travail en CHSLD. De plus, un plan régional de formation a été élaboré pour l'ensemble des partenaires visés par ces sept projets. En 2009-2010, huit thématiques différentes de formation ont été diffusées et ont permis plus de 550 participations à ces activités dans le cadre de l'important projet régional d'organisation du travail en CHSLD. En outre, trois niveaux de concertation régionale ont été mis en place pour un avancement optimal de l'évolution des pratiques cliniques et du travail, il s'agit d'un comité stratégique (une directrice ou un directeur général, les syndicats régionaux et l'Agence), d'un comité tactique (les sept personnes chargées de projet et les syndicats régionaux) et sept comités opérationnels (pour les sept CSSS visés et les syndicats).

Soutien au développement en réseau de la transformation du travail

Le projet TOT (Projet de transformation de l'organisation du travail), par le CSSS-IUGS, le CHUS et le CSSS du Granit, s'est poursuivi. Ce projet a notamment comme objectif de développer de nouvelles formes ou modalités d'organisation du travail à l'échelle du réseau, adaptées à un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

La première expérimentation a ciblé les services de santé, hospitaliers et de première ligne, dispensés aux personnes vivant avec un cancer (oncologie et soins palliatifs).

Travail à l'organisation optimale du travail du personnel infirmier, notamment par des pratiques novatrices

Des projets novateurs et porteurs de résultats se développent et se réalisent dans les établissements de la région, avec le soutien de l'Agence et du MSSS pour faciliter leur implantation. Voici les projets en Estrie :

- Réorganisation du travail en CHSLD (projets en cours dans les sept CSSS)
- Projet TOT du CSSS-IUGS, du CSSS du Granit et du CHUS
  (dépôt du rapport final à la rencontre avec le MSSS le 14 décembre 2009)
- Projet Apollo (Centre de réadaptation Estrie)
  dépôt du rapport final à la rencontre avec le MSSS le 18 juin 2009)
- Projet du service de radio-oncologie (CHUS)
  (dépôt du rapport final à la rencontre avec le MSSS le 16 juin 2009)
- PRIMOSSS en cours
- Projet BATH (Besoin d'aide technique lors de l'hygiène) en ergothérapie et en milieu communautaire en cours
- Activité de formation sur les difficultés langagières (projet en orthophonie) en cours
- Formation des infirmières et des infirmiers auxiliaires au bloc opératoire (CHUS) en cours
- Programme d'intéressement au rôle d'infirmière praticienne spécialisée et d'infirmier praticien spécialisé (IPS) en soins de première ligne (intégration d'une première IPS au CSSS de Memphrémagog)

Tous ces projets visent l'organisation optimale du travail à l'intérieur des établissements.

En parallèle à tous ces projets, la diffusion du programme national de formation continue des préposées et préposés aux bénéficiaires « Agir auprès de la personne âgée », qui s'est poursuivie au cours de l'année, permet de rehausser leurs compétences afin d'agir de façon optimale auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. La diffusion de ce programme de formation et la réalisation des projets d'organisation du travail permettent une synergie intéressante favorisant une amélioration de la qualité des services dans ces milieux.

De plus, la formation nationale portant sur la contribution des infirmières et infirmiers auxiliaires (IIA) à la thérapie intraveineuse vise notamment une meilleure organisation du travail des soins infirmiers dans les centres hospitaliers. Cinq établissements de la région sont interpellés par celle-ci et ont commencé sa planification et sa diffusion à l'automne 2009. En tout, 411 infirmières et infirmiers auxiliaires de la région bénéficieront de cette formation. Au 31 décembre 2009, 224 infirmières et infirmiers auxiliaires l'avaient réussie et 79 pratiquaient déjà la thérapie intraveineuse dans leur établissement respectif.

4.2.4 ORIENTATION 11 : POSITIONNER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES AUPRÈS DES EMPLOYEURS ET DU PERSONNEL DU SECTEUR, COMME SOURCE PRIVILÉGIÉE DE MOTIVATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

4.2.4.1 Développement des compétences des ressources humaines

La Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines (DGACRH) associée à la Table régionale des ressources humaines (TRRH) composée des directrices, des directeurs et des chefs des ressources humaines des établissements ont entrepris, en 2008, des travaux d'élaboration d'une planification régionale en matière du développement des compétences. Le but principal était de revoir le développement des compétences du personnel du réseau à la lumière du contexte actuel et d'établir de nouvelles orientations et priorités pour les prochaines années.

En juin 2009, les membres de la TCRE ont approuvé les choix stratégiques, les orientations, les axes, les mesures ainsi que les mécanismes de mise en œuvre proposés par la TRRH dans le document la Planification régionale en matière de développement des compétences des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. De plus, la TCRE a recommandé l'élaboration d'un cadre régional de gestion afin de préciser le processus régional de planification et de priorisation des activités de développement des compétences réseau, et ce, avant d'acheminer la planification régionale au conseil d'administration de l'Agence.

En septembre 2009, des travaux ont commencé pour l'élaboration du Cadre régional de gestion en matière de développement des compétences des ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Une consultation auprès des membres du personnel concerné de l'Agence s'est tenue au printemps 2010 et une validation du document final a été faite auprès de la TRRH.

Il est prévu de présenter, pour adoption, les deux documents sur la planification régionale et le cadre régional de gestion en matière de développement des compétences des ressources humaines du RSSSE aux membres du conseil d'administration à leur rencontre régulière de juin 2010.

4.2.5 ORIENTATION 12 : BONIFIER LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN FONCTION DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

4.2.5.1 Développement des compétences des ressources humaines

L'Agence offre au personnel du RSSS diverses activités en matière de développement des compétences, afin d'assurer l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences pour l'implantation ou la consolidation de nouvelles approches, pratiques ou technologies survenues dans les différents programmes-services.

C'est avec la collaboration des comités directeurs, mis en place afin de coordonner l'actualisation des orientations régionales en lien avec les différents programmes-services ainsi que les différentes tables régionales mandatées pour des problématiques spécifiques comme la qualité et la communication, que l'Agence planifie ces activités de développement des compétences. À la suite d'une priorisation des besoins avec ces instances régionales, une programmation annuelle est développée et mise en œuvre par les services des ressources humaines de l'Agence.

En 2009-2010, 2 070 membres du personnel gestionnaire et salarié du réseau estrien ont participé aux 172 activités en développement des compétences offertes par l'Agence.

De plus, des programmes de formation ont été planifiés par l'Agence et offerts en collaboration avec des partenaires :

Le programme de formation *Agir auprès des personnes âgées* pour le personnel préposé aux bénéficiaires (PAB) :

- Ce programme est diffusé avec la collaboration du Centre de formation professionnelle 24-Juin. Au cours de l'année 2009-2010, 186 présences ont été comptabilisées pour les différents ateliers offerts aux membres du personnel désignés pour la formation des PAB dans leur établissement. D'autres ateliers seront aussi diffusés en 2010-2011 pour compléter la formation du personnel concerné.

Le Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza (PQFPI) :

- Une coordination de la formation du personnel du réseau a aussi été faite par l'Agence dans le cadre de la pandémie en concertation avec les services des ressources humaines des établissements.
- Le PQFPI était offert par le biais d'une application Web et visait à former les intervenantes et les intervenants du RSSS ainsi que les ressources alternatives à développer les connaissances et les compétences afin de bien répondre aux besoins de la population en situation de pandémie; il était constitué de plusieurs modules dont les contenus couvraient cinq volets :
  - protéger la santé de la population (santé publique);
  - soigner les personnes (santé physique);
  - assurer le bien-être psychosocial des personnes (intervention psychosociale);
  - offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication);
  - maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services).
- Le PQFPI a été diffusé à deux reprises : au printemps 2009 pour les gestionnaires de premier niveau, le personnel infirmier des services courants, le personnel des urgences, d'Info-Santé ainsi que des services psychosociaux de première ligne et, à l'automne 2009, pour les autres catégories de personnel du réseau, des ressources intermédiaires ou des ressources de type familial (RI-RTF) et des organismes communautaires.
- À la suite de ces deux opérations, 8 990 personnes ont été formées en Estrie.

Le personnel d'encadrement et la relève

Afin de répondre au manque de relève de gestionnaires et pour augmenter les compétences des gestionnaires actuels du réseau estrien de la santé et des services sociaux, l'Agence coordonne un programme de formation sur mesure pour les cadres et la relève, en collaboration avec l'Université Laval de Québec. Ce programme offre une formation scolaire de premier et de deuxième cycles en gestion et en développement des organisations et les coûts sont assumés conjointement par les établissements et l'Agence.

Au 31 mars 2010, 50 personnes étaient en formation au premier cycle et 112 personnes au deuxième cycle.

À la suite des recommandations des membres de la TRRH et du Comité régional du développement du personnel d'encadrement (CRDPE), deux nouvelles cohortes ont commencé un microprogramme à l'hiver 2010, soit un groupe pour le premier cycle et un deuxième pour le deuxième cycle.

Aussi, dans le cadre des rendez-vous du personnel d'encadrement, une activité régionale de formation a été tenue en mai 2009 sur le coaching par madame Francine Roy, Ph.d. en psychologie organisationnelle et professeure à l'Université de Sherbrooke. Cent soixante-quinze personnes ont assisté à cette activité.

Par la même occasion, l'Université Laval a procédé à la remise de diplômes pour les personnes ayant terminé un volet de formation dans le cadre des micro-programmes : 23 personnes ont eu une attestation de 1er cycle; 24 personnes, un certificat de premier cycle; 29 personnes, une attestation de deuxième cycle et finalement 13 personnes, une maîtrise en gestion et en développement des organisations.

4.2.6 ORIENTATION 13 : DÉVELOPPER UNE IMAGE DE MARQUE ET D'EMPLOYEURS DE CHOIX DANS NOTRE RÉGION AUX YEUX DES CANDIDATES ET DES CANDIDATS, AINSI QUE DU PERSONNEL

4.2.6.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux

Promotion du réseau estrien et de son offre de services de santé et de services sociaux

Une campagne de recrutement est en développement. Elle remplacera la campagne « J'en fais partie ». Elle aura comme objectif principal d'attirer les finissantes et les finissants en santé et services sociaux hors de la région estrienne en leur présentant nos établissements et leur offre de service.

La poursuite d'approches novatrices, comme Planetree au Centre de réadaptation Estrie (CRE) et au Centre jeunesse de l'Estrie (CJE), et Entreprise en santé au CSSS-IUGS, favorise le développement d'une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région.

Développement d'un partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire face à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre

L'Agence, le Cégep de Sherbrooke et le réseau des établissements de santé et de services sociaux de l'Estrie ont mis en place un programme d'actualisation professionnelle en soins infirmiers. Dix personnes sont finissantes, donc disponibles à travailler dans notre réseau. Étant donné les retombées positives de ce programme, des travaux se poursuivent afin d'en faire un processus annuel.

Le réseau des établissements de santé et de services sociaux cherche à attirer les jeunes du secondaire à choisir un programme de formation pouvant leur ouvrir les portes vers une carrière dans nos établissements. Afin de mieux les connaître et ainsi bâtir des outils en fonction de leurs besoins, l'Agence, en collaboration avec les écoles publiques et privées de Sherbrooke, a réalisé des groupes de discussion auprès d'une quarantaine d'élèves de 3e, 4e et 5e secondaire. Les conclusions permettent d'orienter les travaux de communication avec cette clientèle.

4.2.7 ORIENTATION 14 : MOBILISER L'ENSEMBLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUTOUR DU RÉSEAU ESTRIEN ET DES ENJEUX DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

4.2.7.1 Connaissance et reconnaissance du réseau estrien, et mobilisation du secteur de la santé et des services sociaux

Renforcement de l'implication du secteur de la santé et des services sociaux pour faire face aux enjeux de planification de la main-d'œuvre

Dans le but de faire connaître le RSSS, l'Agence a maintenu et optimisé ses partenariats, notamment avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et le Projet régional d'intégration en Estrie (PRIE). Ces partenariats ont permis, entre autres, la participation du CHUS et du CSSS-IUGS à la cinquième édition de *L'Estrie se parle des vraies affaires!*

> 4.3 Enjeu 3 : Développement et mise en œuvre d'actions efficaces en promotion de la santé et du bien-être, en prévention des maladies et en protection de la santé publique

4.3.1 ORIENTATION 15 : ACCENTUER LES MESURES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, ET DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES DANS TOUS LES DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

4.3.1.1 Habitudes de vie et maladies chroniques

Promotion des saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

En 2009-2010, les travaux ce sont poursuivis pour le déploiement du Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

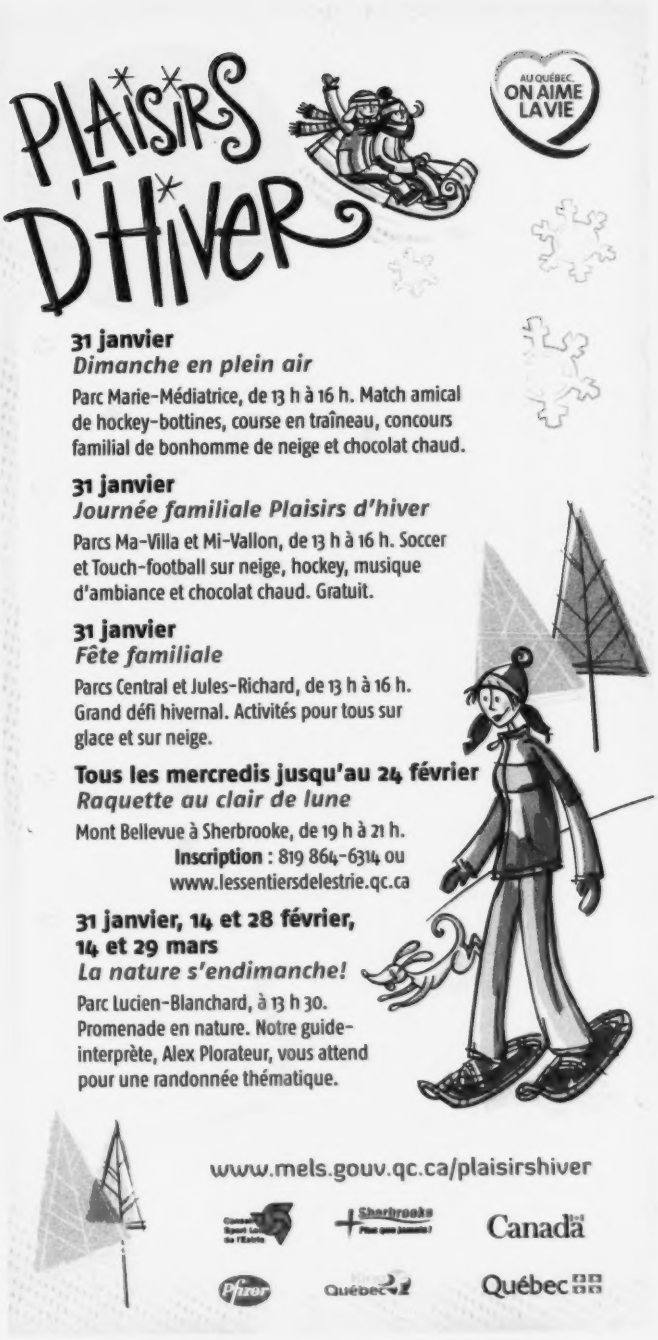
Voici le bilan 2009-2010 selon les champs d'activité retenus pour 2008-2012, en fonction des aspects organisationnels et fonctionnels de l'implantation du programme, de même que les activités en lien avec les approches environnementales et individuelles :

Implantation et consolidation du Programme intégré 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

- Mise à jour et diffusion du guide d'implantation en trois fascicules du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Animation du sous-comité régional 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.
- Représentation au sous-comité régional Maladies chroniques – Santé physique volet 1.
- Soutien aux CSSS dans l'appropriation du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et dans l'élaboration de leur projet clinique en lien avec le programme-services Santé physique – Prévention et gestion des maladies chroniques.
- Partenariat avec l'organisme *Québec en Forme* pour soutenir les projets des milieux locaux.
- Accompagnement et soutien des CSSS dans la mise en place de leur offre de service en activité physique.
- Poursuite de l'animation des rencontres du comité régional estrien en collaboration avec la Conférence régionale de l'Estrie. Ce comité est composé des différents partenaires et organismes interpellés par le Plan d'action gouvernemental pour la promotion des saines habitudes de vie et de la prévention des problèmes reliés au poids : Investir pour l'avenir 2006-2012 (PAG).
- Coordination de la mise en place d'actions ciblées pour la région dans le PAG.
- Collaboration à l'élaboration d'un projet régional financé par la *Société de gestion du Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie* dans le cadre du PAG.

Activités régionales et locales en matière de campagnes de communication sociétales et d'activités de communication

- Réalisation de la campagne *Plaisirs d'hiver*. Environ 60 municipalités et les 6 arrondissements de Sherbrooke ont organisé près de 100 activités familiales, et quelque 25 écoles primaires ont offert des activités spéciales ou un environnement plus favorable aux sports d'hiver à leurs élèves.
- Participation au *Défi santé 5/30* et collaboration avec *Sherbrooke Ville en santé* pour le volet intermunicipal. Pendant la durée du défi, soit du 1er mars au 11 avril 2010, 6 614 personnes de la région de l'Estrie se sont inscrites (à comparer à 6922 en 2009). La municipalité de Sherbrooke s'est engagée à nouveau cette année pour faire la promotion de ce défi auprès de ses citoyens.
- Participation à la *Semaine québécoise pour un avenir sans tabac* et au *Défi J'arrête, j'y gagne!* Durant ce défi, tenu du 1er mars au 11 avril 2010, 672 personnes se sont inscrites.
- Participation au programme *Fruits et légumes en vedette* en partenariat avec le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ). Pour l'année 2010, 26 restaurants de l'Estrie se sont engagés à améliorer leur offre alimentaire en incluant davantage de fruits et de légumes dans leurs menus. De plus, une journée régionale de maillage pour un approvisionnement local en alimentation a eu lieu le 3 février 2010. Cette journée a été une initiative du MAPAQ-Estrie, de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ASSSE) et de Tourisme Cantons-de-l'Est. Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), le ministère de la Famille et des Aînés (MFA), ainsi que l'Union des producteurs agricoles (UPA) ont collaboré à l'organisation de l'événement. Plus de 150 producteurs et transformateurs agroalimentaires, restaurateurs et représentants de services hôteliers et alimentaires d'institutions se sont réunis pour échanger sur les bénéfices d'une saine alimentation, en privilégiant l'achat de produits locaux.
- Participation au site Internet du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION : www.0•5•30.com, section « Estrie ».



Activités dans le cadre de la promotion, du développement et de l'application de politiques, de lois et de règlements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie

- Révision du Plan d'action régional (PAR) pour le volet Saines habitudes de vie.
- Collaboration et animation d'un groupe de travail avec les établissements concernés pour l'élaboration d'une politique alimentaire en établissement de santé.
- Collaboration à des projets provinciaux sur le territoire : *Mon école à pied, à vélo.*
- Élaboration de la politique alimentaire de l'ASSSE.

Activités de promotion et de prévention concernant les saines habitudes de vie dans les milieux de vie et les communautés (approche environnementale)

Milieu scolaire

- Collaboration à la Table régionale sur les arrimages de divers partenaires offrant différents programmes, approches et mesures, à implanter dans les milieux scolaires.
- Développement d'une approche régionale de soutien pour favoriser l'amélioration de l'aménagement, de l'organisation et de l'animation des cours d'écoles primaires dans le dossier *Cour d'école*. Vingt-trois écoles primaires se sont engagées dans l'implantation de la trousse de Kino-Québec *Ma cour : un monde de plaisir!* avec le soutien de nombreux partenaires régionaux et locaux.
- Analyse de programmes en lien avec l'approche *École en santé* et le renouveau pédagogique à la demande des CSSS.
- Attribution de 17 bourses *École active* à des écoles primaires et secondaires totalisant 10 750 $ pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique d'activités physiques, la sécurité et la saine alimentation.
- Participation à un groupe de travail intersectoriel de *Mon école à pied, à vélo*, un programme de Vélo-Québec sur les déplacements actifs et collaboration à sa mise en œuvre dans sept écoles de la Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke.
- Collaboration au *Portrait des habitudes de vie des jeunes Sherbrookois de 4 à 17 ans* réalisé par l'Alliance sherbrookoise pour des jeunes en santé et soutien à la démarche de réalisation d'un plan d'action concerté.

Milieu de travail

- Promotion de la tournée régionale du Groupe de promotion pour la prévention en santé (GP2S) et de leur norme *Entreprise en santé* et participation aux rencontres.

Milieux municipal, communautaire et associatif

- Participation à l'organisation de 14 événements des *Mardis actifs*, des activités d'initiation au plein air pour les adultes de plus de 55 ans.
- Soutien au programme *Viactive* par le biais d'une entente avec l'organisme *Sercovie*. Près de 2 500 personnes ont participé chaque semaine à des séances d'exercices animées par 172 personnes bénévoles dans 127 regroupements de l'Estrie.
- Collaboration à la remise de 117 bicyclettes à des enfants de milieux défavorisés dans le cadre de *Récupère-don ton vélo.*
- Participation à titre de partenaire du Centre de la mobilité durable de Sherbrooke.
- Collaboration au comité *Municipalité amie des aînés* (MADA) avec la Ville de Sherbrooke.
- Présentation du nouveau cadre de référence en matière de sécurité alimentaire et du Programme intégré 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION aux organismes communautaires du secteur de la sécurité alimentaire.
- Réalisation d'une formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire pour les gestionnaires des organismes concernés (21 gestionnaires formés).

Déploiement d'actions en regard des facteurs individuels

Pratiques cliniques préventives en lien avec les habitudes de vie

Counseling de longue durée

Selon les données recensées pour l'année 2009-2010, 326 fumeurs ont reçu des services de cessation dans les sept centres d'abandon du tabagisme (CAT) de l'Estrie (291 fumeurs en individuel et 35 en groupe), ce qui représente 658 interventions de counseling de longue durée en cessation tabagique. De plus, le nombre d'interventions de counseling de longue durée en alimentation est de 960 (902 pour l'année 2008-2009) et celui sur l'activité physique est de 723 interventions (828 pour l'année 2008-2009). L'offre de counseling de courte durée 0-5-30 dans les services courants de santé des CSSS est encouragée, mais aucune donnée n'est disponible.

Soutien à l'intégration du counseling

- Mise en place d'une première ordonnance collective régionale pour les thérapies de remplacement de la nicotine pour les fumeurs qui consultent dans les CAT de la région.
- Soutien aux CSSS dans les activités en lien avec le counseling sur les saines habitudes de vie.
- Implantation d'une feuille de collecte de données harmonisées pour les fumeurs consultant pour la première fois au CAT (par l'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]).
- Participation à la saisie des données (régionales et provinciales par l'INSPQ) de la feuille de collecte de données pour une période de quatre mois à partir du 1er mars 2010 afin de dresser un portrait de la clientèle des CAT.
- Visite de chaque CAT des CSSS pour l'explication de la feuille de collecte de données harmonisées, de la saisie des données et de l'ordonnance collective Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), pour les fumeurs consultant pour la première fois au CAT.

Activités éducatives

- Participation à un kiosque d'information dans le cadre de la *Journée mondiale du rein*, à la demande et en collaboration avec les néphrologues et diabétologues du CHUS.

Santé buccodentaire

La Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a participé aux travaux nationaux concernant l'organisation et la réalisation du Programme de formation sur l'application des agents de scellement en milieu scolaire.

Cinq formations théoriques et pratiques ont été planifiées, organisées et réalisées pour les dentistes des directions de santé publique et pour les hygiénistes dentaires des CSSS des régions suivantes : Mauricie-et-Centre-du-Québec (deux formations), Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Terres-Cries-de-la-Baie-James et l'Estrie.

La DSPE a accompagné et soutenu la Ville de Richmond dans la réalisation des travaux nécessaires à l'implantation, en 2009-2010, d'un système de fluoration des eaux de consommation selon les normes et directives en vigueur au Québec. Le montant de l'aide financière alloué à la Ville de Richmond par le MSSS pour l'implantation de la fluoration est de 274 724 $. Nous avons aussi accompagné et soutenu la Ville de Windsor dans la réalisation des travaux nécessaires au renouvellement éventuel de ses équipements de fluoration.

La DSPE a assuré le soutien à la réalisation du *Programme public de services dentaires préventifs* dans toutes les écoles primaires de la région de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce programme (année scolaire 2008-2009) :

Nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires)	108
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire	3 939
Nombre d'enfants référés aux dentistes pour traitements	371
Nombre d'enfants à risque élevé de carie suivis par les intervenants du programme	1 637
Nombre d'applications topiques de fluorure	3 177
Nombre d'activités éducatives individuelles	3 187
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement	915
Nombre de dents scellées	2 475

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Les dernières données disponibles au 31 mars 2009 nous indiquent que plus de 28 000 femmes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie. Le taux de participation se situe à 65,2 %. L'objectif est de 70 %.

Le taux de référence pour investigation, un indicateur de faux positifs, s'améliore en 2008-2009. En effet, il est de 13,3 % à la suite d'une mammographie initiale, ce qui est encore élevé par rapport à la norme de 7 % ou moins, mais en diminution par rapport aux années précédentes. Il est de 5,8 % à la suite des mammographies subséquentes, très près de la norme de 5 % ou moins.

Le Comité régional d'assurance de la qualité s'est réuni en avril 2010. Le suivi médical de l'investigation après une mammographie de dépistage anormale au Centre de référence pour investigation désigné y a été discuté. L'objectif de réduire le délai pour l'échographie mammaire à l'intention de toutes les femmes, participantes et non participantes, est clairement exprimé.

Des travaux, en vue de l'implantation d'un centre satellite de dépistage désigné du CHUS localisé au CSSS du Granit, commenceront en 2010. La forte mobilisation du milieu, l'amélioration technologique des appareils et l'accord de toutes les instances concernées rendent ce projet possible. Il s'agit d'un projet pilote et c'est une première au Québec.

Une priorité pour l'Estrie est d'organiser le soutien aux femmes du programme en attente de diagnostic à la suite d'une mammographie de dépistage anormale. Une étude révélatrice nommée *Besoins des femmes de l'Estrie en attente de résultats d'examens dans le cadre du PQDCS*, publiée en 2009 par madame Chantal Doré et collaboratrices, professeure en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke, décrit les besoins de soutien psychosocial et informatif de ces participantes. À cet effet, une sensibilisation des infirmières et infirmiers pivots en oncologie des CSSS a été amorcée en avril 2010.

4.3.1.2 Traumatismes non intentionnels

Interventions en prévention des chutes

Les deux programmes de prévention des chutes pour les personnes aînées de plus de 65 ans se retrouvent sur tout le territoire de l'Estrie. Ainsi, l'intervention multifactorielle personnalisée (IMP), offerte dans les CSSS, rejoint les aînés ayant chuté et qui sont inscrits au soutien à domicile. Cette intervention vise la prise en charge de quatre à cinq facteurs de risque de chute pour une durée de 12 à 18 mois. Cette année, 307 personnes ont reçu au moins une intervention en prévention des chutes dans le cadre de ce programme, ce qui représente 4,88 % des personnes inscrites au soutien à domicile pour l'ensemble du territoire.

L'intervention multifactorielle non personnalisée, soit le programme PIED, vise à rejoindre les personnes aînées de la communauté qui sont préoccupées par leur équilibre ou qui ont peur de chuter. Cette intervention leur offre la possibilité de participer à des séances d'exercices, deux fois par semaine pour une durée de douze semaines, en plus de recevoir des informations sur divers facteurs de risque de chute. Cette année, 269 personnes participaient pour une première fois aux séances du programme PIED alors que, pour les 131 autres personnes inscrites, il ne s'agissait pas de leur première participation.

Sécurité des usagères et des usagers de véhicules hors routes

Poursuite des travaux pour l'élaboration et la diffusion de lignes directrices concernant la sécurité et la prévention des blessures auprès des usagères et des usagers de véhicules hors routes (VHR). Ces travaux devraient, à terme, mieux outiller les responsables des clubs de VHR lors de la conception, de l'entretien et du balisage de leurs sentiers. Ils devraient également permettre de diminuer la prise de risque (vitesse, alcool, etc.) des conducteurs de ces véhicules.

Traumatisme à domicile chez les nouveaux-nés et les jeunes enfants

Des parents bénéficiant du programme intégré 0-5 ans se voient remettre du matériel de sécurité visant à diminuer les risques de traumatisme non intentionnel survenant à l'intérieur du domicile. Ce matériel leur est distribué tout au long des visites du personnel professionnel des CSSS de ce programme. Le personnel intervenant reçoit une formation lui permettant de fournir des informations aux parents sur les façons de sécuriser le domicile en fonction des différents stades de développement de leurs enfants.

Sécurité des cyclistes

La formation annuelle de patrouilleurs cyclistes volontaires pour chacun des territoires du réseau de l'Estrie permet d'assurer les activités de promotion sur le réseau cyclable de l'Estrie. Ces personnes qui assument des fonctions d'agent de promotion de la sécurité contribuent également à accroître le taux de port de casque.

Promotion de l'utilisation correcte des sièges d'auto pour enfants

L'Estrie est l'une des deux seules régions québécoises qui bénéficient, depuis 2009, d'un continuum d'activités pour promouvoir l'utilisation correcte des dispositifs de retenue pour les enfants. Ces activités se retrouvent présentement dans les lieux suivants : cours prénataux, services d'échographie et d'obstétrique, visites à domicile, centres de la petite enfance, écoles primaires et service de distribution de sièges d'auto par l'organisme communautaire régional Naissance Renaissance Estrie.

Projet en matière de sécurité dans les sports de glisse

À la suite de l'analyse statistique et devant l'ampleur du problème actuel, nous sommes à développer un programme de prévention afin de diminuer le nombre de blessures chez les jeunes de 6 à 17 ans adeptes de sports de glisse étant donné que le risque de blessure chez ces jeunes sont quatre fois plus élevés que chez les autres groupes d'âges.

4.3.1.3 Maladies infectieuses

Postexposition au sang et aux liquides biologiques

La DSPE a constaté, lors de travaux réalisés conjointement avec les établissements de l'Estrie, que la prise en charge des personnes exposées au sang et aux liquides biologiques présentait des difficultés. À la suite de ce constat, le Comité directeur du programme Santé publique a mandaté un groupe de travail pour proposer des modalités organisationnelles favorisant l'implantation et le déploiement d'un protocole postexposition aux liquides biologiques.

Le groupe de travail a terminé ses travaux en mai 2010 en proposant l'adoption de trois modèles d'organisation de services qui tiennent compte des réalités locales des établissements de l'Estrie.
Le protocole postexposition aux liquides biologiques développé par le CHUS servira de cadre de référence régional pour l'élaboration et l'adoption de protocole dans les CSSS. Une trousse facilitant la prise en charge des personnes exposées a également été développée et les mécanismes de transfert interétablissement ont été clarifiés. Le mandat se terminera par une formation offerte au personnel intervenant concerné, en septembre 2010, utilisant plusieurs modalités.

Le Comité directeur du programme Santé publique examinera ultérieurement la pertinence de confier un autre mandat sur les aspects préventifs de l'exposition au sang et aux liquides biologiques.

Vaccination des enfants 0-2 ans

En juin 2008, le Comité directeur du programme Santé publique autorisait la création d'un sous-comité vaccination 0-2 ans dont le mandat visait à développer un plan d'action en vaccination pour les enfants âgés de 0-2 ans. Bien que le comité n'a pas pu se rencontrer comme prévu en 2009-2010, et ce, compte tenu du contexte de pandémie de grippe A(H1N1), le comité a tout de même mis en œuvre les étapes préalables au plan d'action. C'est donc à partir d'un modèle de priorisation que les problèmes ont été identifiés en fonction de deux critères, soit de l'importance du problème et de la capacité à intervenir sur celui-ci (solutions). Une validation dans chacun des CSSS a suivi pour ensuite découler à une mise en commun et à une priorisation régionale des stratégies de mise en œuvre aux fins de recommandations au CDSP, et ce, en fonction de :

- la demande des parents et de la population;
- l'offre de service des vaccinateurs;
- l'accessibilité aux services.

Afin de promouvoir la vaccination, le sous-comité a souligné la *Semaine nationale canadienne de promotion de la vaccination* tenue du 25 avril au 2 mai 2009, dont le thème était La vaccination des nourrissons. Cette campagne de promotion s'est concrétisée par la création de deux capsules radiophoniques, des envois d'affiches dans les CSSS, les centres de la petite enfance et les cliniques médicales. Un vacci-quiz humoristique a été élaboré avec tirage pour les personnes participantes en CSSS.

La couverture vaccinale par maladie des enfants de deux ans est inférieure à l'objectif de 95 % fixé par le Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012, et ce, pour tous les vaccins considérés, pour l'ensemble de l'Estrie et des CSSS, avec des résultats variant entre 64 % et 92 %, selon le CSSS ou la maladie considérée.

4.3.1.4 Santé environnementale

Programme d'information des propriétaires de puits potentiellement contaminés par l'arsenic

La région de l'Estrie est propice à la présence d'arsenic dans le sol. Étant donné que cet élément est reconnu cancérigène pour l'humain, qu'il peut se dissoudre dans les eaux souterraines et les contaminer, cela devenait prioritaire de pouvoir sensibiliser les propriétaires de puits à cette problématique. Afin de pouvoir rejoindre les propriétaires de puits privés de la région, La Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) a élaboré un projet de sensibilisation et d'évaluation des connaissances des gestionnaires municipaux concernant la problématique de la contamination des puits résidentiels par l'arsenic. Un questionnaire a été envoyé aux municipalités à cette fin. Ce questionnaire visait également à sonder leur réceptivité quant à l'adoption de nouvelles méthodes permanentes d'information. Ce projet a mené à l'élaboration de certaines recommandations qui seront transmises aux municipalités afin de les outiller quant à l'information à transmettre aux citoyennes et aux citoyens.

4.3.1.5 Santé au travail

Conformément à la Loi sur la santé et la sécurité du travail, dans le respect des priorités identifiées au cahier des charges de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et des objectifs du Programme national de santé publique, des activités de prévention des maladies professionnelles ont été planifiées et réalisées auprès des entreprises de l'Estrie.

Le personnel professionnel en santé au travail de la DSPE a participé activement à des travaux provinciaux, notamment dans les dossiers suivants : plan stratégique pour le réseau de santé publique en santé au travail, démarche provinciale de signalement des déficiences, processus d'amélioration continue de la qualité des pratiques, système informatique en santé au travail et refonte du portail en santé au travail. Le service de la santé au travail s'est aussi impliqué dans le soutien à l'organisation d'évènements nationaux et régionaux, tels le *Grand Rendez-vous santé et sécurité du travail* et le colloque régional faisant la promotion de l'innovation en matière de santé et sécurité dans les entreprises de l'Estrie.

Dans la région, une démarche ayant pour objectif d'harmoniser et de soutenir la qualité des programmes de santé spécifiques à l'établissement s'est poursuivie en 2009, avec la collaboration de l'équipe de santé au travail du CSSS du Haut-Saint-François.

L'optimisation du Système d'information sur la santé au travail (SISAT) a contribué grandement à l'amélioration de la saisie des données d'interventions. La rédaction et le soutien à la mise en application de procédures de saisie des interventions a permis de soutenir la qualité des données dans le processus de reddition de comptes. Désormais, il est possible d'extraire de l'information du SISAT, de la valider et de l'analyser pour réaliser une planification plus efficace des interventions en Estrie.

Comme faits saillants en 2009, notons la fin de deux programmes d'interventions régionales effectués conjointement avec la CSST. Ces programmes de grande ampleur étaient en place depuis cinq ans dans deux secteurs d'activités importants en Estrie. Le premier visait à réduire l'exposition à la silice des travailleuses et des travailleurs de la transformation du granit et le second avait comme objectif principal de réduire au minimum l'exposition aux fumées de caoutchouc dans les entreprises de transformation du caoutchouc. L'application de ces programmes a permis de mettre en place de nombreuses améliorations en regard de l'exposition des travailleurs dans les milieux concernés.

Notre service a également participé à la consultation en vue de la préparation d'un mémoire du réseau de la santé publique en santé au travail en lien avec la révision du régime québécois de santé et sécurité au travail. Ce mémoire visait à répondre à l'appel d'avis d'un comité de travail indépendant, mandaté par le conseil d'administration de la CSST pour lui formuler des recommandations concernant ce régime.

4.3.1.6 Développement, adaptation et intégration sociale

Programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

Les activités suivantes ont été réalisées dans les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles :

- La production et la diffusion du bilan annuel du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (aussi appelé Programme intégré 0-5 ans). Le bilan indique que :
  - 589 femmes enceintes, 1 054 enfants de 0 à 5 ans et leur famille ont reçu des services des établissements impliqués dans ce programme, c'est-à-dire les CSSS et la Villa Marie-Claire;
  - la clientèle rejointe représente 100 % de celle qui est ciblée;
  - les familles bénéficient d'interventions à domicile sur une base régulière;
  - les enfants fréquentent un milieu de garde dans 44 % des cas;
  - les organismes communautaires famille offrent divers services et activités à la clientèle du Programme dans l'ensemble des territoires de l'Estrie;
  - la concertation clinique et intersectorielle se poursuit;
  - malgré la pandémie et son impact sur le travail, la clientèle du Programme a continué de bénéficier d'un suivi régulier et continu.
- L'organisation de formations destinées au personnel du Programme intégré 0-5 ans, telles que :
  - une supervision qui fait suite à la formation sur l'attachement parent-enfant. Cette activité a été offerte à chacune des équipes locales 0-5 ans, et a rejoint 64 intervenantes et intervenants;
  - trois activités de formation offertes au nouveau personnel du Programme intégré 0-5 ans dans les établissements de la région, soit l'utilisation de l'outil Brigance (outil d'évaluation du développement de l'enfant), Saisir le moment (formation sur le développement de l'enfant animée par le Centre de psychoéducation du Québec) et la sécurité à domicile des tout-petits.
- La participation aux travaux provinciaux relatifs aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment sur les outils d'évaluation du développement de l'enfant et sur les indicateurs retenus pour rendre compte de la clientèle rejointe et des activités réalisées.

Allaitement maternel et périnatalité

Concernant l'allaitement maternel et la périnatalité, les activités suivantes ont été réalisées :

- La présentation personnalisée des résultats de la mesure du niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés auprès des intervenantes, des intervenants et des gestionnaires concernés du CHUS et des sept CSSS de l'Estrie.
- La production d'un outil sur les états neurologiques et les compétences du nouveau-né pour les infirmières et les infirmiers de la maternité du CHUS.
- La conception d'un guide d'enseignement périnatal en allaitement maternel, commun à tous les CSSS de la région et permettant d'uniformiser l'enseignement aux parents.
- L'organisation de la distribution régionale du guide Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans.
- La participation aux travaux provinciaux concernant la mise en œuvre de la Politique de périnatalité.

Éveil à la lecture et à l'écriture

En collaboration avec le MELS, la DSPE a participé au comité régional de suivi du programme d'éveil à la lecture et à l'écriture afin de consolider ou de soutenir certains comités locaux dans la réalisation de leurs activités. De plus, des livres ont été achetés et distribués aux enfants du Programme intégré 0-5 ans afin de soutenir les interventions lors des visites à domicile.

Programme Y'a personne de parfait

Le programme Y'a personne de parfait (Y'APP) propose du soutien, sous forme de groupe, aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Une formation a été organisée et du matériel a été acheté par la DSPE, afin de soutenir la réalisation de ce programme. Cette année, le programme a permis de rejoindre 52 parents.

Programme Fluppy s'adressant aux enfants de la maternelle et à leur famille

La production du dernier bilan annuel et le suivi de l'implantation du programme Fluppy démontrent qu'en 2008-2009 :

- Cinquante-six écoles primaires, dont quatre-vingt-quatre classes de maternelle, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, ont déployé le programme Fluppy.
- Plus de 1 444 enfants ont participé aux ateliers du programme Fluppy et 162 familles ont bénéficié en moyenne de 9,7 visites à domicile.
- Plus de 1 119 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région.
- Quatre activités de formation sur le programme Fluppy ont été offertes à 29 personnes provenant des CSSS et du milieu scolaire. Également, plus de 40 intervenantes et intervenants des CSSS ont participé à quatre activités de supervision clinique dans le cadre de ce programme.

Approche École en santé

Le réseau de répondantes et de répondants locaux des deux réseaux (Santé et Éducation) a poursuivi l'implantation de l'approche. Au 31 mars 2010, 55 écoles sur 145 sont engagées dans la mise en œuvre de l'approche *École en santé* (44 écoles primaires et 11 écoles secondaires).

Compte tenu du contexte de pandémie, les activités régionales de formation ont été reportées. Les milieux ont cependant réalisé les activités nécessaires au déploiement.

La Table régionale sur les arrimages en milieu scolaire, qui a été créée en 2009, a poursuivi ses travaux. Un accent particulier a été mis en 2010 pour l'arrimage de l'approche *École en santé* et la stratégie d'intervention *Agir autrement*. La répondante de la DSPE participe à des travaux nationaux sur l'approche *École en santé* (comité tripartite du MSSS).

Dans l'équipe de la DSPE, l'utilisation de l'approche *École en santé*, comme véhicule pour l'implantation des meilleures pratiques préventives en milieu scolaire, amène le personnel professionnel responsable de divers dossiers, en particulier, le dossier des saines habitudes de vie et celui de l'éducation à la sexualité, à collaborer plus étroitement, et ce, au bénéfice de la cohérence et de la continuité des interventions avec nos partenaires.

À la demande de certains CSSS, la DSPE a procédé à l'analyse de certains programmes afin d'en vérifier la compatibilité avec l'approche *École en santé*.

Prévention du tabagisme chez les jeunes

L'intégration de ce volet dans le Programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION et l'approche *École en santé* se poursuit. Par ailleurs, les CSSS continuent l'implantation du projet *Gang Allumée* financé par le MSSS. Cette année a aussi marqué la participation de l'Estrie à la finalisation du *Plan québécois en prévention du tabagisme* qui devrait être disponible à l'automne 2010.

Prévention du suicide

Le fait marquant de l'année a été la poursuite de la collaboration de la DSPE à la mise en place du projet intersectoriel de Regroupement d'organismes engagés pour la prévention du suicide chez les hommes de Sherbrooke de l'organisme JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie. Ce projet, réalisé en collaboration avec la Table de concertation jeunesse de Sherbrooke et les organismes régionaux qui œuvrent auprès des hommes et de leur vulnérabilité, a formé dans les deux dernières années plus de 300 personnes pour intervenir lors d'une situation suicidaire chez un homme. Le réseau de plus de 50 partenaires a commencé cette année une démarche de mobilisation autour de formations des membres qui sera développée davantage au cours de l'année 2010-2011. L'implantation de réseaux de sentinelles sur l'ensemble du territoire estrien se poursuit par l'organisme JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie.

Prévention de la toxicomanie et intervention précoce

Les formations sur les outils de détection (DÉBA-Adultes et DEP-ADO) et celles sur la motivation au changement se sont poursuivies, et ont rejoint une centaine de personnes professionnelles. Ce sont principalement des intervenantes et intervenants de CSSS qui s'y inscrivent.

L'équipe de formation régionale sur l'intervention en première ligne, Dépendances, qui a été mise sur pied et formée, n'a pu dispenser la formation comme prévu en 2009-2010 à cause du contexte de pandémie. Cependant, des travaux régionaux ont été entrepris sous l'égide du Comité directeur Dépendances afin de proposer un plan cohérent et concerté du déploiement de l'intervention première ligne Dépendances en CSSS. Les résultats du sous-groupe de travail seront disponibles au cours de 2010-2011.

Comme prévu dans les orientations régionales du programme-services Dépendances, une expérimentation a été démarrée de l'utilisation de l'outil DÉBA (Alcool-Drogues-Jeu) en milieu communautaire. Trois organismes de la région participent à cette expérience qui vise à augmenter la détection et la référence, vers les services des CSSS et du centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (CRPAT), des personnes susceptibles de développer ou ayant développé un problème de dépendances.

Jeu pathologique

Les directeurs de santé publique du Québec ont pris position commune concernant le lancement par Loto-Québec d'une offre de jeu sur Internet. La DSPE de l'Estrie s'est jointe au groupe et une émission radio a permis d'exposer à la population les risques associés à la pratique des jeux de hasard et d'argent, en particulier le jeu sur Internet.

Ordonnance collective de contraception hormonale

Cette mesure, diffusée en janvier 2007, vise à faciliter l'accès à la contraception hormonale aux femmes afin de diminuer les grossesses non planifiées. Le MSSS a mandaté les directions de santé publique pour assurer la diffusion de cette mesure et la mobilisation, afin de favoriser l'adoption de ce modèle dans les différents milieux ciblés, entre autres, les CSSS, les GMF et le CHUS.

De plus, les directions de santé publique avaient comme mandat d'assurer la formation régionale du personnel infirmier. Au 31 mars 2010, 146 infirmières et infirmiers, soit 73% du personnel ciblé, avaient reçu la formation les rendant habilités à initier une contracepton hormonale.

Santé sexuelle des jeunes

Le Service de la promotion-prévention de la santé travaille à élaborer des orientations régionales en matière de santé sexuelle des jeunes. Pour ce faire, une collecte de données a été réalisée à l'automne 2008 auprès des établissements et des organismes concernés. Celle-ci a permis de dégager des constats, d'identifier les écarts à combler et les besoins du milieu en regard de ce dossier. L'élaboration de ces orientations se fait en collaboration avec le Service de la protection de la santé publique, notamment, en regard de la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes.

4.3.2 ORIENTATION 16 : UTILISER DES MÉTHODES ET DES STRATÉGIES EFFICACES POUR AGIR DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

4.3.2.1 Action intersectorielle

La promotion de la santé et la prévention de nombreux problèmes requièrent l'engagement et la participation des acteurs de plusieurs secteurs d'activité.

L'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être emprunte les diverses formes d'interventions publiques qui ont cours dans tous les secteurs d'activité et à tous les niveaux (lois et règlements, tables de concertation, actions concertées, etc.). Ces interventions visent l'action sur les déterminants de la santé qui sont modifiables, notamment les comportements des personnes, les pratiques des intervenantes et intervenants, les décisions de la direction, ainsi que les milieux de vie et les conditions de vie de la population.

L'action intersectorielle est l'une des stratégies transversales reconnues dans la mise à jour du Programme national de santé publique (PNSP) 2008-2012.

En Estrie, l'action intersectorielle est une stratégie où le secteur de la santé est en leadership ou est un partenaire participant.

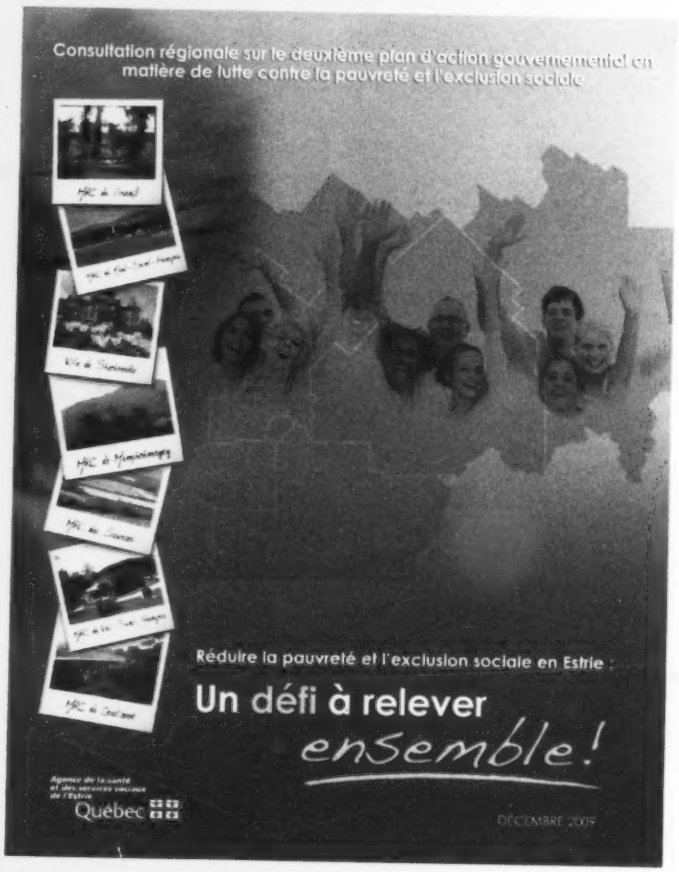
Voici des exemples où la santé est en leadership ou en coleadership :

- Le Comité régional estrien sur les saines habitudes de vie qui vise la coordination des actions du Plan d'action gouvernemental sur les saines habitudes de vie et la prévention des problèmes reliés au poids.
- L'approche École en santé.
- Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance.

Voici des exemples où la santé est un partenaire participant :

- Le Portrait des saines habitudes de vie des jeunes Sherbrookois de 4 à 17 ans.
- Les comités provinciaux visant à contrer la rage du raton laveur.
- Le projet Rés♂ pour la prévention du suicide chez les hommes.
- Les partenaires pour la réussite scolaire en Estrie.

Cette année, un mémoire de l'ASSSE a été déposé lors de la Consultation régionale sur le deuxième plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.



4.3.2.2 Pratiques cliniques préventives

Depuis 2008, la démarche analytique a été entreprise pour arriver à élaborer une offre de service des pratiques cliniques préventives (PCP) annuelles. Cette démarche se poursuivra au cours de la prochaine année dans la mesure des ressources disponibles.

Jusqu'à maintenant, les actions ont porté sur l'intégration des PCP sur les saines habitudes de vie de type counseling 0•5•30, la prévention des chutes chez les personnes aînées et la prise d'acide folique.

L'intégration des PCP dans la pratique courante des professionnelles et professionnels de la santé demeure un défi, malgré le fait que c'est l'une des stratégies transversales retenues dans la révision du PNSP 2008-2012.

4.3.2.3 Soutien au développement des communautés

Durant l'année 2009-2010, l'appropriation des principes et des enjeux en développement des communautés dans les divers dossiers du Service de la promotion-prévention de la santé s'est poursuivie, notamment en inscrivant ces principes dans une formation des intervenantes et intervenants de CSSS dans le dossier 0•5•30.

La DSPE a été un partenaire très actif pour faciliter la formation des gestionnaires des CSSS et du CHUS en développement des communautés. Une formation a permis à plus de 40 gestionnaires de bénéficier d'une introduction à ce sujet.

En collaboration avec l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC), la DSPE a poursuivi le travail pour le projet *Tableau de bord*. Ce projet s'inscrit toujours dans une optique participative, intersectorielle et sur mesure. À la suite de l'identification de 66 communautés locales, un nombre équivalent de tableaux de bord intégrant les indicateurs sélectionnés au préalable ont été produits, tout en étant accompagné d'une carte de localisation. Parmi les principaux indicateurs du tableau de bord, 25 ont fait l'objet d'une cartographie régionale. Les tableaux de bord par municipalité et par arrondissement sont en voie d'être finalisés et un prototype par secteurs (aires de diffusion) défavorisés est en production, de même qu'une carte type.

De ces tableaux de bord découle une analyse de données quantitatives provenant du recensement. Plus du quart des faits saillants, « ce que les chiffres nous disent » sont terminés, en incluant l'étape de validation auprès des acteurs clés des communautés locales.

L'année dernière a marqué le début de la collecte de données qualitatives. Celle-ci a été réalisée dans neuf communautés locales par le biais d'un groupe de discussion du potentiel de développement de la communauté. Ainsi, le matériel développé au cours de la dernière année, qui est accessible sur le site Internet de l'OEDC, a permis d'enclencher une première démarche de présentation et d'appropriation des données auprès des acteurs clés des communautés. Cela permet de faciliter la compréhension et l'utilisation de cette démarche dans une perspective de mieux comprendre pour mieux agir.

4.3.3 ORIENTATION 17 : ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR UNE VIGIE SANITAIRE ET PAR L'APPLICATION DES LIGNES DIRECTRICES LORS DE SIGNALEMENTS, D'ÉCLOSIONS, OU DE DÉCLARATIONS DE MALADIES OU D'INTOXICATIONS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

4.3.3.1 Maladies infectieuses

Infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

Les ITSS sont en hausse alarmante!

En 2009, environ 700 nouveaux cas d'infection à chlamydia ont été déclarés dont plus de 70 % chez des jeunes de 15 à 24 ans et plus particulièrement chez les jeunes femmes de cet âge. Entre 2006 et 2009, on a assisté à une augmentation de 45 % de cette infection en Estrie.

La syphilis infectieuse est réapparue. Au Québec, en 10 ans, nous sommes passés d'un cas par mois à un cas par jour. En Estrie, entre 1999 et 2009, nous sommes passés de 0 à 10 cas déclarés par année.

Le nombre de cas déclarés d'infection gonococcique a doublé depuis 1999.

Les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes constituent le groupe à risque le plus fréquemment impliqué dans ces deux dernières infections.

L'épidémie d'ITSS est silencieuse, mais toujours actuelle et elle nous somme de poursuivre nos efforts de prévention. Surveillance, promotion, prévention, dépistage et traitement sont toujours à l'ordre du jour. Une action concertée s'impose.

4.3.3.2 Santé environnementale

Évolution du dossier des algues bleu-vert

En 2006, l'Estrie a été durement frappée par le problème des algues bleu-vert (cyanobactéries) ayant affecté plusieurs de ses principaux lacs, dont certains constituent d'importantes réserves d'eau de consommation. En l'absence de données fiables, des mesures préventives de santé publique ont été appliquées afin de protéger la santé des populations les plus vulnérables. Depuis ce temps, et sur un mode continu, la DSPE participe activement aux travaux du groupe expert québécois sur les algues bleu-vert, afin de définir l'approche la plus appropriée à la gestion du risque posé par ce problème. Le résultat de ces efforts concertés a permis de cibler les mesures à prendre, de préciser la nature de l'information à transmettre selon les circonstances, et d'effectuer un suivi efficient de chaque situation signalée, en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP). En vue de chaque nouvelle saison, les outils de décision, d'intervention et d'information sont révisés à la lumière de l'évolution des connaissances, lesquelles progressent très rapidement dans ce domaine en pleine émergence.

4.3.3.3 Santé au travail

Maladies à déclaration obligatoire (MADO)

L'équipe de santé au travail s'est occupé du traitement des maladies à déclaration obligatoire. En santé au travail, il y a trois sources principales de signalement des MADO, soit : le Comité spécial des présidents qui déclare les maladies pulmonaires professionnelles diagnostiquées, les médecins traitants ainsi que les laboratoires pour certaines intoxications.

Organismes communautaires

> 5.1 Le contrôle de la conformité

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires ainsi que les engagements du Ministère sont appliqués et respectés.

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes communautaires ayant reçu un soutien financier pour l'année financière 2009-2010 :

- Le rapport financier du dernier exercice financier complété (au 31 mars ou antérieurement) signé par deux administrateurs et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
- Le rapport d'activités du dernier exercice financier complété (au 31 mars ou antérieurement) présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
- Une preuve de la tenue d'une séance publique d'information;
- Une preuve de la tenue d'une assemblée générale annuelle des membres;
- Les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

Conformément au document sur la reddition de comptes dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) diffusé en 2008 par le MSSS, l'Agence ajuste ses façons de faire pour satisfaire aux exigences de ce document.

> 5.2 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 123 organismes communautaires ont reçu un soutien financier dans le cade du PSOC, soit en soutien à la mission globale, en entente pour des activités spécifiques ou en projet ponctuel. Ces organismes œuvrent auprès de clientèles différentes qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et de leurs services pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté.

Les faits marquants de l'année 2009-2010 sont :

- l'allocation de 1,4 % d'indexation appliquée au financement des organismes;
- l'allocation aux organismes de 14 % (62 075 $ annualisés à 124 487 $) des budgets de développement pour les services dans le milieu;
- l'allocation de 72 622 $ à 18 maisons de jeunes de l'Estrie dans le cadre du volet Consolidation des maisons de jeunes de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009;
- les travaux sur le déploiement des organismes régionaux dans les différentes MRC dans le cadre du plan de travail du comité ROC-Agence.

Données financières

> 6.1 Rapport de la direction

Sherbrooke, le 14 juin 2010

Les états financiers condensés de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière, et il a approuvé les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendu et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. La firme peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Mme France Simoneau
Directrice des ressources financières, informationnelles et matérielles

> 6.2 États financiers de l'Agence

Nom de l'agence
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Code
1466-5228

Rapport du vérificateur

Exercice terminé le 31 mars 2010

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en conformité avec l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'Agence. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du *Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux* sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis,

– l'Agence s'est conformée aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses, ou son volume de services ou d'activités;

– l'Agence s'est conformée aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

– les pratiques comptables de l'Agence sont conformes aux normes et définitions contenues dans le *Manuel de gestion financière* publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;

– les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'Agence, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport financier annuel, sont valables;

– l'Agence s'est conformée aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec;

– le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Agence au 31 mars 2010 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 3.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'Agence ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de satisfaire à l'article 395 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Raymond Chabot Grant Thornton s.e.n.c.r.l. [1]

Sherbrooke, le 2 juin 2010

[1] Comptable agréé auditeur permis no 8900

Nom de l'agence
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Code
1466-5228

Rapport du vérificateur externe - Coûts relatifs à la grippe A (H1N1)

Exercice terminé le 31 mars 2010

RAPPORT SUR LES RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE PROCÉDÉS DE VÉRIFICATION SPÉCIFIÉS PORTANT SUR LES COÛTS ADDITIONNELS RELATIFS À LA GRIPPE A (H1N1) PANDÉMIQUE

Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Comme spécifié à la circulaire 2010-002, nous avons appliqué les procédés suivants à l'égard des coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique, présentés à la page 402 du rapport financier annuel de l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Nous avons sélectionné cinq éléments à tester selon le calcul défini à la circulaire 2010-002.

Pour chacun des éléments sélectionnés, nous avons vérifié, à partir de la documentation probante fournie par l'Agence :

– l'existence d'un lien entre cet élément et les activités concernant la préparation et l'intervention relatives à la grippe A (H1N1) pandémique;

– que les coûts additionnels de cet élément constituent des coûts supplémentaires non capitalisables qui n'auraient pas été engagés, n'eussent été la préparation et l'intervention relatives à la grippe A (H1N1) pandémique;

– que les coûts additionnels de cet élément s'ajoutent aux coûts normalement engagés par l'Agence dans le cadre de ses activités régulières;

– que les coûts additionnels de cet élément sont présentés au fonds des activités régionalisées, dans le centre d'activités 7909-02 « Plan régional - lutte pandémie d'influenza ».

L'application des procédés mentionnés ci-dessus ne nous a permis de déceler aucun écart. Cependant, ces procédés ne constituent pas une vérification des coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique et, par conséquent, nous n'exprimons pas d'opinion sur les coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique de l'Agence pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

La présente lettre doit être utilisée uniquement à l'égard de la détermination des coûts additionnels relatifs à la grippe A (H1N1) pandémique de l'Agence.

Raymond Chabot Grant Thornton s.e.n.c.r.l.

Comptables agréés

Sherbrooke, le 2 juin 2010

6.2.1 ÉTATS DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION ET DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010

Résultats du fonds d'exploitation – activités principales	2009-2010	2008-2009
Revenus		
Subventions du Ministère	7 644 389 $	7 212 944 $
Autres revenus	222 339	282 210
Total des revenus	**7 866 728 $**	**7 495 154 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	5 809 930 $	5 767 860 $
Autres dépenses	1 858 036	1 941 734
Total des dépenses	**7 667 966 $**	**7 709 594 $**
Excédent (déficit)	**198 762 $**	**(214 440)$**
Contributions de l'avoir-propre		242 400
Contributions de fonds affectés	10 474	11 454
Affectations au fonds d'immobilisations + autres fonds	(162 789)	(156 291)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**46 447 $**	**(116 877)$**

Résultats du fonds d'exploitation – activités accessoires	2009-2010	2008-2009
Revenus		
Subventions du Ministère	49 616 $	106 071 $
Autres revenus	443	434
Total des revenus	**50 059 $**	**106 505 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	65 866 $	67 209 $
Autres dépenses	8 981	43 222
Total des dépenses	**74 847 $**	**110 431 $**
Déficit	**(24 788)$**	**(3 926)$**

Résultats du fonds des activités régionalisées	2009-2010	2008-2009
Revenus		
Contributions des établissements	3 689 335 $	3 340 267 $
Autres revenus	5 607 068	4 923 693
Total des revenus	**9 296 403 $**	**8 263 960 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	3 622 502 $	3 425 706 $
Autres dépenses	3 450 515	4 278 971
Total des dépenses	**7 073 017 $**	**7 704 677 $**
Excédent	**2 223 386 $**	**559 283 $**
Contribution du fonds d'exploitation	100 000	
Affectations au fonds d'immobilisations	(2 234 368)	(627 540)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**89 018 $**	**(68 257)$**

Résultats du fonds d'immobilisations	2009-2010	2008-2009
Revenus		
Subventions du Ministère	3 163 325 $	311 765 $
Autres revenus	89 100	
Total des revenus	**3 252 425 $**	**311 765 $**
Dépenses		
Frais d'intérêts	3 364 708 $	167 025 $
Amortissements	2 415 224	1 987 589
Autres charges	619 378	108 953
Total des dépenses	**6 399 310 $**	**2 263 567 $**
Déficit	**(3 146 885)$**	**(1 951 802)$**
Contributions du fonds d'exploitation – activités principales	62 789	156 291
Contributions du fonds des activités régionalisées	2 234 368	627 540
Contributions de fonds affectés	849 728	1 167 971
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**0 $**	**0 $**

Résultats des fonds affectés	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2009-2010
Revenus				
Subventions du Ministère	15 155 794 $	13 000 $	47 930 342 $	63 099 136 $
Revenus d'intérêts	9 091	1 477	40 094	50 662
Autres	4 282 026	24 687	226 991	4 533 704
Total des revenus	**19 446 911 $**	**39 164 $**	**48 197 427 $**	**67 683 502 $**
Dépenses				
Attributions		3 000 $	66 155 $	69 155 $
Contrats à budget	16 021 825			16 021 825
RTSS – Facturation provinciale			31 315 013	31 315 013
Autres	2 535 646	58 312	8 505 278	11 099 236
Total des dépenses	**18 557 471 $**	**61 312 $**	**39 886 446 $**	**58 505 229 $**
Excédent (déficit)	**889 440 $**	**(22 148)$**	**8 310 981 $**	**9 178 273 $**

Résultats des fonds affectés	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2008-2009
Revenus						
Subventions du Ministère	107 643 $	10 155 $	12 965 621 $	180 880 $	38 860 914 $	52 125 213 $
Revenus d'intérêts	640	1 400	21 197	11 191	76 045	110 473
Autres			4 099 065	18 821	109 672	4 227 558
Total des revenus	**108 283 $**	**11 555 $**	**17 085 883 $**	**210 892 $**	**39 046 631 $**	**56 463 244 $**
Dépenses						
Attributions et intérêts sur emprunts	3 376 030 $			254 100 $	52 093 $	3 682 223 $
Contrats à budget			14 493 720			14 493 720
RTSS – Facturation provinciale					30 080 183	30 080 183
Autres dépenses			2 283 703	69 043	9 726 829	12 079 575
Total des dépenses	**3 376 030 $**	**0 $**	**16 777 423 $**	**323 143 $**	**39 859 105 $**	**60 335 701 $**
Excédent (déficit)	**(3 267 747)$**	**11 555 $**	**308 460 $**	**(112 251)$**	**(812 474)$**	**(3 872 457)$**

6.2.2 ÉTATS DES SOLDES DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010

Fonds d'exploitation	2009-2010		2008-2009	
	Activités principales	Avoir propre	Activités principales	Avoir propre
Solde créditeur - au début	**0 $**	**212 044 $**	**126 791 $**	**527 720 $**
Additions (déductions)				
Excédent (déficit)	198 762 $	(24 788)$	(214 440)$	(3 926)$
Transferts interfonds :				
• En provenance de l'avoir propre			242 400	
• En provenance de fonds affectés	10 474		11 454	
• Affectés à d'autres fonds	(100 000)			
• Affectés au fonds d'immobilisations	(62 789)		(156 291)	
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**46 447 $**	**(24 788)$**	**(116 877)$**	**(3 926)$**
Transfert du déficit à l'avoir propre			116 877	(116 877)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**46 447 $**	**(24 788)$**	**0 $**	**(120 803)$**
Autres transferts interfonds				(20 000)
Régularisations – analyse financière			(126 791)	126 791
Régularisations – autres				(222 400)
Variations de l'exercice	**46 447 $**	**(24 788)$**	**(126 791)$**	**(236 412)$**
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS				
• Autres charges salariales à payer				(79 264)$
Solde créditeur - à la fin	**46 447 $**	**187 256 $**	**0 $**	**212 044 $**

Fonds des activités régionalisées	2009-2010	2008-2009
Solde créditeur - au début	**961 053 $**	**1 056 584 $**
Additions (déductions)		
Excédent de l'exercice	2 223 386 $	559 283 $
Transferts interfonds :		
• Contribution du fonds d'exploitation	100 000	
• Affectés au fonds d'immobilisations	(2 234 368)	(627 540)
Autres additions (déductions)		(2 654)
Régularisations - analyse financière		
Variations de l'exercice	**89 018 $**	**(70 911)$**
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence		
• Autres charges salariales		(24 620)
Solde créditeur à la fin	**1 050 071 $**	**961 053 $**

Fonds d'immobilisations	2009-2010	2008-2009
Solde créditeur - au début	**0 $**	**3 586 294 $**
Additions (déductions)		
Déficit de l'exercice	(3 146 885)$	(1 951 802)$
Transferts interfonds :		
• En provenance du fonds d'exploitation	62 789 $	156 291
• En provenance des activités régionalisées	2 234 368	627 540
• En provenance de fonds affectés	849 728	1 167 971
Variations de l'exercice	**0 $**	**0 $**
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS		
• Amortissement cumulés des immobilisations		(5 241 416)$
• Écart de financement – immobilisations		1 164 716
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence		
• Fonds affectés immobilisations et équipements		490 406
Solde créditeur (débiteur) à la fin	**0 $**	**0 $**

Fonds affectés	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2009-2010
Solde créditeur - au début	**300 427 $**	**259 329 $**	**1 313 507 $**	**1 873 263 $**
Ajustements			(201 538)	(201 538)
Solde créditeur - au début	**300 427 $**	**259 329 $**	**1 111 969 $**	**1 671 725 $**
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	889 440 $	(22 148)$	8 310 981 $	9 178 273 $
Transferts interfonds :				
• Contribution du fonds affectés d'exploitation	20 058		(50 590)	(30 532)
• Affectés au fonds d'immobilisations	(849 728)			(849 728)
Autres additions (déductions)			**162 991 $**	**162 991 $**
Variation de l'exercice	**59 770 $**	**(22 148) $**	**8 423 382 $**	**8 461 004 $**
Solde créditeur (débiteur) à la fin	**360 197 $**	**237 181 $**	**9 535 351 $**	**10 132 729 $**

Fonds affectés	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2008-2009
Solde créditeur - au début	**20 843 853 $**	**1 263 647 $**	**93 096 $**	**371 580 $**	**2 152 872 $**	**24 725 048 $**
Additions (déductions)						
Excédent (déficit) de l'exercice	(3 267 747)$	11 555 $	308 460 $	(112 251)$	(812 474)$	(3 872 457)$
Transferts interfonds :						
• Affectés au fonds d'exploitation					(11 454)	(11 454)
• Affectés au fonds d'immobilisations	(1 066 892)		(101 079)			(1 167 971)
Autres additions (déductions)	4 334 639	(11 555)			(13 806)	4 309 278
Variation de l'exercice	**0 $**	**0 $**	**207 381 $**	**(112 251)$**	**(837 734)$**	**(742 604)$**
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS	(88 894 429)$	(1 245 834)$				(90 140 263)$
Réforme comptable – redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence						
• Autres charges salariales					(1 631)$	(1 631)
• Écart de financement – enveloppes décentralisées	68 050 576	(17 813)				68 032 763
Solde créditeur (débiteur) à la fin	**0 $**	**0 $**	**300 477 $**	**259 329 $**	**1 313 507 $**	**1 873 313 $**

6.2.3 BILANS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS AU 31 MARS 2010

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009
Actif						
Encaisse	1 468 410 $	1 292 799 $	1 710 890 $	1 080 038 $	103 463 $	94 829 $
Débiteurs	299 572	77 247	4 622 092	1 443 727	22 030 379	18 951 205
Autres éléments	20 432	68 997		135 556	155 116	2 441
Immobilisations					6 084 670	4 169 022 $
Subvention à recevoir – réforme comptable	577 062	604 874	277 147	269 596	55 684 316	60 952 484
Total de l'actif	**2 365 476 $**	**2 043 917 $**	**6 610 129 $**	**2 928 917 $**	**84 057 944 $**	**84 169 981 $**
Passif						
Découvert de banque			290 370 $	569 262 $		
Créditeurs et charges à payer	1 460 288	1 160 535	4 931 684	1 079 073	103 463$	76 127 $
Provision pour vacances, congés de maladies, fériés	671 485	671 338	338 004 $	319 529		
Intérêts courus à payer					436 515	502 612
Emprunts temporaires					25 263 737	23 698 073
Dette à long terme					58 254 229	59 893 169
Total du passif	**2 131 773 $**	**1 831 873 $**	**5 560 058 $**	**1 967 864 $**	**84 057 944 $**	**84 169 981 $**
Solde de fonds	**233 703 $**	**212 044 $**	**1 050 071 $**	**961 053 $**	**0 $**	**0 $**
Total du passif et du solde du fonds	**2 365 476 $**	**2 043 917 $**	**6 610 129 $**	**2 928 917 $**	**84 057 944 $**	**84 169 981 $**

6.2.4 BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2010

Bilan combiné	Fonds affectés	
	2009-2010	2008-2009
Actif		
À court terme		
Encaisse	13 561 434 $	3 737 088 $
Avances de fonds aux établissements publics	7 806	126 017
Débiteurs	402 106	1 326 693
Autres éléments	11 836	3 877
Total - Actif à court terme	**13 983 182 $**	**5 193 675 $**
À long terme		
Subvention à recevoir – provision vacances, congés maladies, fériés	9 910 $	15 198 $
Total - Actif à long terme	9 910 $	15 198 $
Total de l'actif	**13 993 092 $**	**5 208 873 $**
Passif		
À court terme		
Créditeurs et charges à payer	3 602 714 $	3 294 483
Provision pour vacances, congés de maladies, fériés	33 013	18 427
Revenus reportés – MSSS + crédits régionaux	224 586	22 650
Total du passif	**3 860 313 $**	**3 335 560 $**
Solde de fonds	**10 132 779 $**	**1 873 313 $**
Total du passif et du solde de fonds	**13 993 092 $**	**5 208 873 $**

6.2.5 ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2010

Enveloppe régionale	2009-2010
Enveloppe régionale	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	722 117 088 $
Affectation de l'enveloppe régionale	
Allocations aux établissements	678 524 356 $
Allocations aux organismes communautaires	17 132 388
Allocations à d'autres organismes	464 944
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**696 121 688 $**
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	20 330 377
Autres	29 400
Total	**716 481 465 $**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	**5 635 623 $**
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics	
• Comptes à payer signifiés	2 242 745 $
• Comptes à payer non signifiés	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics	
• Comptes à payer signifiés	3 081 209
• Comptes à payer non signifiés	
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**5 323 954 $**
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	311 669
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	**0 $**

Information additionnelle	
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	8 437 292 $
Comptes à payer signifiés aux établissements en lien avec la ligne précédente	8 224 890 $

6.2.6 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Principales différences avec les principes comptables généralement reconnus

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables reconnues par le MSSS, lesquelles s'appuient sur celles du Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public (Manuel du secteur public), à l'exception des normes suivantes :

- les passifs éventuels concernant des sites contaminés ne sont pas comptabilisés;
- les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire au 31 mars ne sont pas comptabilisés;
- certaines immobilisations corporelles louées sont comptabilisées comme une location-exploitation, alors qu'en conformité avec la note d'orientation du secteur public NOSP-2, elles seraient comptabilisées comme une location-acquisition.

De plus, selon les définitions du Manuel du secteur public, les agences relevant du MSSS rencontrent les critères des organismes sans but lucratif. En conséquence, ces établissements devraient suivre les règles applicables à ces organismes.

Les principales conventions comptables du Manuel du secteur public qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes à but non lucratif sont les suivantes :

- les instruments financiers ne sont pas classifiés selon les recommandations du chapitre 3855 du Manuel de l'ICCA et aucune information n'est présentée à leur sujet;
- les frais d'émission, les primes et les escomptes de la dette à long terme sont présentés comme poste distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette;
- les informations à fournir concernant le capital selon le chapitre 1535 du Manuel de l'ICCA ne sont pas présentées;
- la portion à court terme de la dette à long terne n'est pas présentée distinctement de la dette à long terme.

Les règles comptables utilisées aux fins de l'Agence de ce rapport financier annuel qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada sont les suivantes :

i) Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars.

Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail qui regroupe les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail visés par le chapitre VIII de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ne couvre pas la même période.

ii) Une comptabilisation distincte doit être tenue pour chacun des fonds même dans le cas des fonds affectés.

iii) Il y a étanchéité entre les fonds affectés, c'est-à-dire que les transferts de capitaux ne sont pas permis, à moins d'une autorisation écrite du Ministère. Il est cependant permis de comptabiliser des transferts d'un fonds à un autre en passant par le solde de fonds.

iv) Les emprunts interfonds ne comportent aucune charge d'intérêts. Pour chaque prêt interfonds, il doit y avoir un calendrier de remboursements impliquant des remboursements annuels.

v) L'Agence peut placer les sommes d'argent qui ne sont pas requises pour le paiement des dépenses par l'acquisition des titres autorisés suivants :

- obligations ou autres titres de créance émis ou garantis par le gouvernement du Canada, du Québec ou d'une province canadienne;
- dépôts auprès des institutions financières (banques – caisses populaires – société de fiducie et de prêt).

vi) L'Agence doit prévoir des revenus suffisants pour financer les charges d'exploitation et le coût annuel en capital et intérêts des dépenses en immobilisations et équipements des activités accessoires.

vii) L'Agence doit prévoir des revenus suffisants pour financer les transferts de fonds requis pour les charges d'exploitation et le coût annuel en capital et intérêts des dépenses en immobilisations et équipements de chacune des activités régionalisées.

viii) Le Manuel de gestion financière ou un autre document provenant du MSSS peut permettre que des charges d'exploitation soient imputées à un fonds affecté. En l'absence d'une telle autorisation, les seules charges d'exploitation pouvant être imputées à un fonds affecté autre que le fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagères et d'usagers entre établissements sont celles présentant un lien direct avec la finalité du fonds. Ces charges incluent la rémunération du personnel dédié spécifiquement à la réalisation des activités du fonds, mais excluent la rémunération des employés de l'Agence effectuant la gestion ou la coordination du fonds.

L'Agence ne peut imputer des charges d'exploitation au fonds des services préhospitaliers d'urgence et de transport d'usagers entre établissements qu'avec l'autorisation du MSSS; cette autorisation peut se présenter sous la forme du budget transmis par le MSSS à l'Agence pour l'exercice concerné ou d'un autre document.

ix) Tout solde au 31 mars d'un fonds affecté de provenance nationale ne peut être attribué que pour des dépenses en conformité avec la finalité du fonds, laquelle a été signifiée à l'Agence par la direction générale concernée du MSSS, gestionnaire du programme visé. Toute autre utilisation du solde requiert l'autorisation préalable du MSSS.

x) Le solde d'un fonds ne peut être déficitaire.

Note 3 – Conventions comptables

Estimations comptables

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférent. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'organisme pourrait prendre à l'avenir. Les éléments des états financiers qui requièrent davantage l'utilisation d'estimations comprennent les hypothèses économiques clés utilisées pour déterminer la durée de vie utile des immobilisations aux fins du calcul de l'amortissement et l'évaluation des revenus reportés. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public par l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA).

Comptabilité par fonds

Les agences suivent les principes comptables de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux immobilisations appartenant à l'Agence, aux dettes à court terme et à long terme, à leur égard et à tout autre mode de financement s'y rattachant.

Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, les activités des fonds affectés de l'Agence et des établissements privés admissibles (voir la circulaire 03.02.30.01) sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentantes et de représentants d'établissements, ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST, et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans les limites de ses pouvoirs. Les activités sont classées en deux groupes :

Les activités principales regroupant les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Les activités accessoires comprenant les fonctions que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Ces activités se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciales, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Constatation des revenus

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'organisme reçoit les immobilisations et virées aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères, ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu. Ils sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable, et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Développement informatique	5 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Équipement informatique	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans
Mobilier et équipement de bureau	5 ans

Frais reportés

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libéré par le MSSS.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec (MFQ).

De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Note 4 - Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2009-2010	2008-2009
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	62 789 $	282 263 $
Fonds d'immobilisations:		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	4 289 639 $	2 596 091 $
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	2 234 368 $	2 212 749 $
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	938 828 $	101 079 $
Disposition d'immobilisations sur base de liquidités	89 100 $	

Note 5 – Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 41 341 000 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêt au taux préférentiel de la banque moins 1,25 %.

La convention de crédit est renégociable le 1er janvier 2011.

Au 31 mars, les emprunts se répartissent ainsi :

	2009-2010	2008-2009
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2010 est de 0,70 %.	21 880 812 $	20 287 884 $
	21 880 812 $	**20 287 884 $**

Note 6 – Dette à long terme

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements, et est payable à Financement-Québec.

	2009-2010	2008-2009
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,823 %, remboursable par versements annuels de 717 024 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009	0 $	6 931 434 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015	3 698 939 $	4 110 972 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012	1 133 197 $	1 196 153 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014	5 693 299 $	6 027 685 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014	2 390 835 $	2 691 749 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 1 087 351 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016	10 169 445 $	0 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 472 767 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016	3 309 371 $	0 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014	353 928 $	370 015 $
Solde à reporter	**26 749 014 $**	**21 328 008 $**

Note 6 – Dette à long terme (suite)

	2009-2010	2008-2009
Solde reporté	**26 749 014 $**	**21 328 008 $**
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014	7 816 394 $	8 636 578 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011	5 357 809 $	5 965 262 $
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursables par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	11 413 807 $	16 420 948 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014	4 818 573 $	5 296 466 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014	1 865 052 $	1 946 141 $
	58 020 649 $	**59 593 403 $**
Tranche échéant à moins d'un an	8 577 517 $	15 051 569 $
	49 443 132 $	**44 541 834 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2011	8 577 517 $
2012	9 897 403 $
2013	6 171 318 $
2014	10 077 612 $
2015	13 321 153 $
	48 045 003 $

Note 7 – Obligations découlant de contrats de location-acquisition

	2009-2010	2008-2009
Contrat de location de photocopieurs, d'un montant de 93 540 $, remboursable par versements mensuels de 1 681 $, échéant le 13 mars 2011	21 108 $	42 216 $
Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 760 104 $, remboursable par versements mensuels de 9 695 $, échéant du 1er septembre 2010 au 31 mars 2013	212 471 $	257 550 $
Montant total des paiements minimums futurs	233 579 $	299 766 $
Tranche échéant à moins d'un an	(143 097)$	(134 246)$
	90 482 $	165 520 $

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

2011	143 097 $
2012	60 681 $
2013	29 801 $

Note 8 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel. Au 1er janvier 2010, le taux de cotisation pour le RREGOP est toujours à 8,19 % de la masse salariale cotisable, et celui du RRPE et RRAS, à 10,54 %.

Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

> 6.3 Allocations des ressources financières aux établissements

6.3.1 ALLOCATIONS 2009-2010

En 2009-2010, les revenus des établissements furent de 764 890 829 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagères et des usagers et les ventes de services, dont 754 773 426 $ pour les établissements publics et 10 117 403 $ pour les établissements privés conventionnés. Vous trouverez, au tableau de la page suivante, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits pour les exercices 2009-2010 et 2008-2009.

Les orientations budgétaires suivantes ont été adoptées pour l'utilisation des budgets 2009-2010 :

- Utiliser, pour le programme Santé physique, le montant supplémentaire versé pour la transition à même l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique.
- Utiliser la méthode déjà convenue et récemment ajustée en vieillissement et en santé physique pour la distribution de l'enveloppe résiduelle d'indexation spécifique.
- Convenir d'une méthode d'allocation de l'enveloppe Déficience intellectuelle – Trouble envahissant du développement (DI-TED) et Déficience physique (DP) entre la première et la deuxième ligne.
- Convenir d'une méthode d'allocation pour la distribution entre les centres de santé et services sociaux (CSSS), en tenant compte des engagements et des secteurs à améliorer.

Le MSSS a transmis à l'Agence, la confirmation des crédits 2009-2010 alloués à la région, incluant une somme de 4 821 207 $ pour les coûts de systèmes spécifiques.

Une proposition de répartition de ces budgets a été transmise pour consultation auprès des établissements de l'Estrie, le 17 avril 2009, et les avis et les commentaires des établissements ont été recueillis.

Le montant récurent de 3 359 251 $ a été réparti selon la méthode utilisée en 2008-2009 pour les coûts de systèmes spécifiques.

Les intérêts pour le déficit autorisé au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) de 71 000 $ ont été financés, de même que les transports ambulanciers pour les ruptures temporaires des services de chirurgie de 60 000 $, au CSSS du Granit.

Finalement, un montant de 1 064 765 $ a été alloué au CHUS, et le solde de 266 191 $ a été réparti selon la méthode d'allocation des budgets en vieillissement et en santé physique en Estrie, adoptée au conseil d'administration du 4 février 2009, en tenant compte des ajustements dans les centres d'activités selon les travaux réalisés par le comité sur la méthode d'équité unifiée.

L'allocation des ressources financières aux établissements
Résultats des exercices 2009-2010 et 2008-2009

	2009-2010				2008-2009
	Revenus	Dépenses	Contribution de / à d'autres fonds	Surplus (déficit) activités principales après contribution de / à d'autres fonds	Surplus (déficit) activités principales après contribution de / à d'autres fonds
AS-471, P-200, C-1	L-8	L-28	L-30 à 32	L-33	L-33
Établissements publics					
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	355 780 455	358 941 044	(1 471 097)	(4 631 686)	(10 079 945)
Centre jeunesse de l'Estrie	43 680 343	42 044 531	(1 614 325)	21 487	64 340
Centre de réadaptation Estrie	18 413 186	18 370 516		42 670	289 456
Centre Notre-Dame de l'Enfant (Sherbrooke)	22 485 155	22 369 402	(67 678)	48 075	205 393
Centre accueil Dixville	7 599 047	7 565 993	(5 021)	28 033	58 183
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	5 242 743	5 283 044		(40 301)	(132 053)
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	143 705 166	142 504 313	(1 198 615)	2 238	22 849
Centre de santé et de services sociaux de la MRC de Coaticook	16 696 204	16 898 929	27 932	(174 793)	(45 254)
Centre de santé et de services sociaux du Granit	29 863 626	29 840 694		22 932	3 485
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	18 463 490	18 437 652		25 838	16 405
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	49 342 214	48 718 763	(342 749)	280 702	689 885
Centre de santé et de services sociaux des Sources	20 660 657	20 579 257	(55 000)	26 400	17 689
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	22 841 140	22 724 067		117 073	144 660
Total partiel	**754 773 426**	**754 278 205**	**(4 726 553)**	**(4 231 332)**	**(8 744 907)**
Établissements privés conventionnés					
Villa Marie-Claire	1 640 030	1 604 508		35 522	28 807
Centre d'hébergement de soins de longue durée Vigi Shermont	4 565 224	4 570 515		(5 291)	45 497
Maison Blanche de North Hatley	3 912 149	3 824 069		88 080	61 724
Total partiel	**10 117 403**	**9 999 092**		**118 311**	**136 028**
Total global	**764 890 829**	**764 277 297**	**(4 726 553)**	**(4 113 021)**	**(8 608 879)**

6.3.2 AUTORISATIONS D'EMPRUNT

L'Agence a recommandé au MSSS cinq autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2009-2010. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2010.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2010		
Budget régional	**Montant total des budgets**	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	717 300 892 $	
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**
Dépenses courantes de fonctionnement		
• Équilibre budgétaire	51 250 000 $	7,145 %
Dépenses en immobilisations		
• Acquisitions autofinancées	6 092 042 $	0,849 %
Total	**57 342 042 $**	**7,994 %**

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a diminué de 8,7 millions de dollars en 2009-2010, passant ainsi de 60 millions au 31 mars 2009 à 51 millions au 31 mars 2010.

6.3.3 OBJECTIF DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Tout comme pour 2008-2009, en 2009-2010, le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder la somme de 4 731 096 $. Le tableau suivant indique que la cible budgétaire n'a pas été respectée.

	2009-2010		
Établissements publics	**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montant réel de déficit**	**Écart**
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	4 731 000 $	(4 631 686)$	99 314$
Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison St-Georges	0 $	(40 301)$	(40 301)$
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	0 $	(174 793)$	(174 793)$

Nous devons souligner les efforts remarquables déployés par les établissements en 2009-2010 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence. D'autant plus que le MSSS a accordé très tardivement à la région de l'Estrie, soit en toute fin d'année, un financement de 3,8 millions pour assumer les coûts additionnels engendrés par la pandémie de grippe A(H1N1), alors que les établissements estriens ont déclaré des dépenses additionnelles de 4,9 millions. Il est à noter que tous les établissements, sans exception, ont collaboré de façon exemplaire à l'opération de pandémie.

En début d'année, l'Agence a analysé et apprécié le plan d'équilibre budgétaire du CHUS. Tout au long de l'année, nous avons suivi la réalisation des mesures de redressement budgétaire proposées par l'établissement. Des rencontres périodiques ont eu cours entre les deux organisations afin de suivre l'évolution budgétaire de période en période.

> 6.4 Allocation des ressources aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2009-2010 Base annuelle	2008-2009 Base annuelle
Maintien à domicile		
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	203 940 $	200 852 $
Centre d'action bénévole du Granit	194 401 $	191 172 $
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	121 318 $	119 460 $
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	118 614 $	116 795 $
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook	174 528 $	171 573 $
Centre d'action bénévole de Windsor	104 033 $	102 417 $
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	227 640 $	223 951 $
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	120 694 $	118 846 $
Centre de bénévolat de Richmond	98 928 $	97 382 $
Centre d'action bénévole Valcourt et région	93 537 $	92 063 $
L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	159 059 $	156 590 $
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	177 447 $	174 452 $
La Société Alzheimer de l'Estrie	87 891 $	86 678 $
Rayon de soleil de l'Estrie	74 197 $	72 900 $
Le Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	250 350 $	246 622 $
Sercovie	228 560 $	225 132 $
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	168 799 $	166 194 $
TOTAL – **Maintien à domicile**	**2 603 936 $**	**2 563 079 $**
Promotion et services à la communauté		
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie (A.P.A.M.M.E.)	194 168 $	190 467 $
A.R.C.H.E. de l'Estrie	177 420 $	174 600 $
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 204 $	7 105 $
Animation Jeunesse Haut-Saint-François	39 666 $	27 347 $
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	109 817 $	106 443 $
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	139 861 $	135 564 $

Organismes communautaires	2009-2010 Base annuelle	2008-2009 Base annuelle
Association de parents PANDA de l'Estrie	139 859 $	135 564 $
Association de parents PANDA de l'Estrie	2 965 $	2 924 $
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	108 228 $	104 904 $
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	50 765 $	49 205 $
Association des accidentés cérébro-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie	248 687 $	244 233 $
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	78 173 $	75 438 $
Association des sourds de l'Estrie	50 765 $	29 123 $
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A)	28 267 $	27 726 $
Association du syndrome de Down de l'Estrie	53 347 $	52 240 $
Association Épilepsie Estrie	30 046 $	29 122 $
Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées	20 720 $	20 083 $
Association québécoise de la dysphasie, Estrie	79 773 $	77 321 $
Au point 14-18 de Danville	78 171 $	75 437 $
Azimut-Nord	41 899 $	32 133 $
Banque alimentaire Memphrémagog	87 790 $	86 033 $
Bulle et Baluchon	126 165 $	124 052 $
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	85 172 $	83 451 $
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	58 645 $	56 843 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	23 881 $	23 551 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)	41 130 $	40 563 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)	7 205 $	7 105 $
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	15 529 $	15 315 $
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	3 847 $	3 794 $
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	10 960 $	10 809 $
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	26 486 $	26 120 $
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	17 148 $	16 911 $
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	9 878 $	9 742 $

Organismes communautaires	2009-2010 Base annuelle	2008-2009 Base annuelle
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	10 657 $	10 510 $
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	7 780 $	7 673 $
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 574 $	2 538 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	9 745 $	9 610 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	17 535 $	17 293 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	4 949 $	4 881 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	372 005 $	326 400 $
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	74 641 $	72 348 $
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (familles)	7 635 $	7 530 $
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (violence)	139 860 $	135 565 $
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	15 302 $	15 091 $
Centre d'action bénévole Valcourt et région inc. (CAB)	9 745 $	9 610 $
Centre d'action bénévole Valcourt et région inc. (familles)	970 $	957 $
Centre de santé des femmes de l'Estrie	139 860 $	135 565 $
Centre des femmes de la MRC du Granit	177 635 $	174 637 $
Centre des femmes du Val-Saint-François	177 818 $	174 818 $
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	25 228 $	24 880 $
Centre des femmes La Parolière	177 636 $	174 638 $
Centre des femmes Lennoxville et environs	181 870 $	178 338 $
Centre des femmes Memphrémagog	177 728 $	174 729 $
Centre des jeunes de Lennoxville	78 552 $	75 789 $
Centre l'Élan	144 304 $	141 766 $
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	181 869 $	178 337 $
Centre Regroupement Jeunesse de Rock Forest	72 461 $	69 782 $
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	169 459 $	166 574 $
Corporation jeunesse Memphrémagog	94 397 $	91 076 $
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	87 790 $	86 033 $

Organismes communautaires	2009-2010 Base annuelle	2008-2009 Base annuelle
Diabète Estrie	50 765 $	49 205 $
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	139 861 $	135 565 $
Famille Espoir	21 260 $	20 966 $
Famille Plus	21 260 $	20 966 $
Handi-capable	42 652 $	25 839 $
Intervention régionale et information sur le SIDA – (I.R.I.S.-Estrie)	21 037 $	20 747 $
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	371 016 $	364 873 $
L'Autre-Rive	139 907 $	137 430 $
L'Ensoleillée - Ressource communautaire en santé mentale	117 189 $	115 026 $
L'Escale de l'Estrie	793 800 $	729 126 $
La Bouée régionale Lac-Mégantic	623 020 $	612 707 $
La Chaudronnée de l'Estrie inc.	80 545 $	78 888 $
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	345 068 $	339 758 $
La Croisée des Sentiers	109 846 $	107 784 $
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	74 641 $	72 348 $
La Grande Table	74 641 $	72 348 $
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	52 238 $	51 517 $
La Maison Caméléon de l'Estrie	53 314 $	51 674 $
La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	16 479 $	16 251 $
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 641 $	4 577 $
La Maison de la famille du Granit	28 464 $	28 071 $
La Maison des familles FamillAction	15 009 $	14 802 $
La Maison des jeunes Actimaje	80 029 $	77 178 $
La Maison des jeunes de Coaticook	80 027 $	77 177 $
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	90 348 $	87 446 $
La Maison des jeunes de la St-François	102 554 $	100 866 $
La Maison du point tournant (Lennoxville)		106 443 $

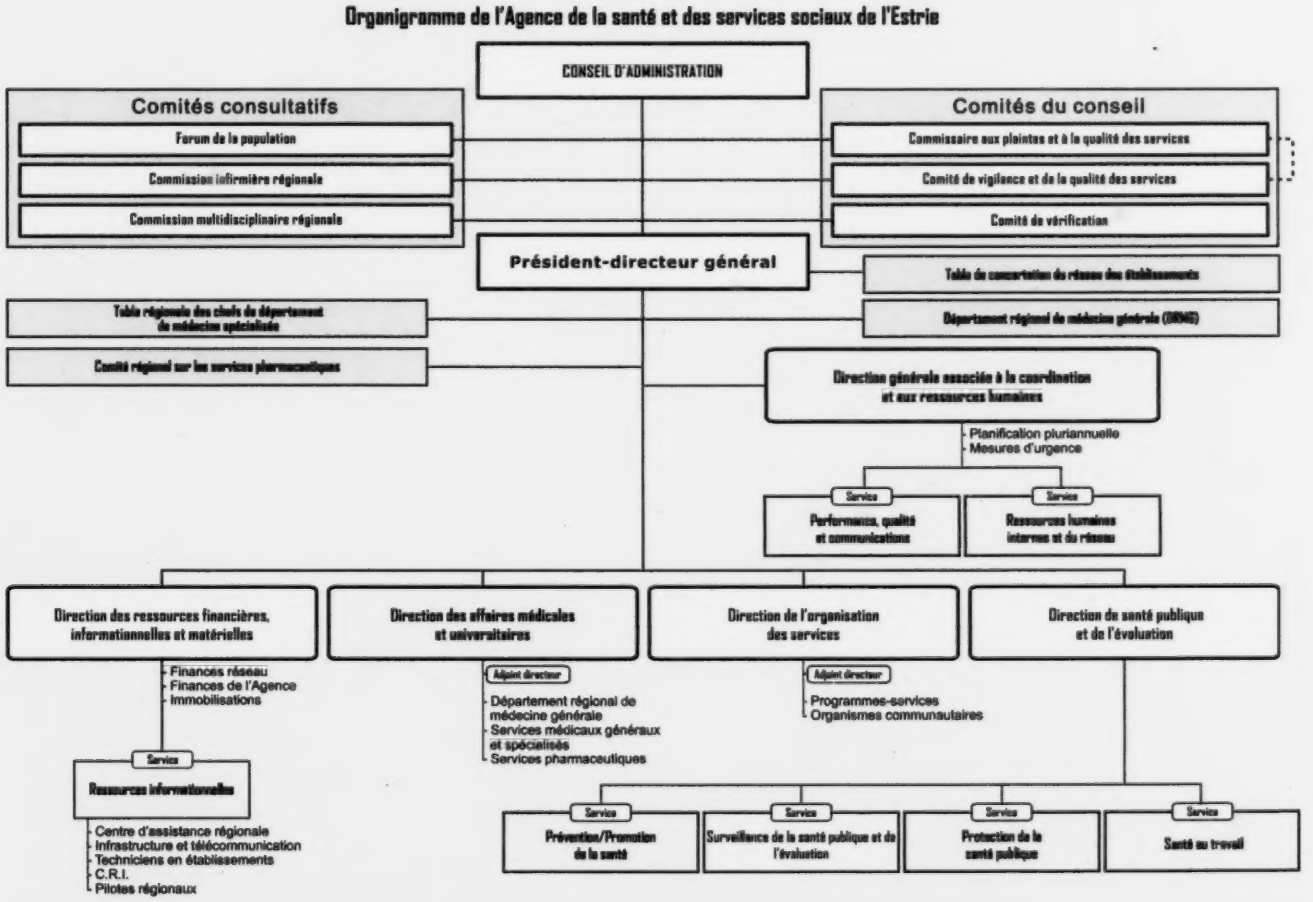
Organismes communautaires	2009-2010 Base annuelle	2008-2009 Base annuelle
La Méridienne 1990	623 006 $	612 692 $
La Passerelle de Weedon	177 727 $	174 728 $
La Société Alzheimer de l'Estrie	139 861 $	135 565 $
La Source-Soleil	325 033 $	318 833 $
Étincelles de bonheur du Haut Saint-François	74 641 $	72 348 $
Le Comité de la relève de Scotstown	30 370 $	29 951 $
Le Domaine de la sobriété	139 860 $	135 565 $
Le Pont, organisme de justice alternative	351 262 $	346 413 $
Le Rivage du Val-Saint-François	133 663 $	131 272 $
Le Seuil de l'Estrie	184 850 $	181 277 $
Les Fantastiques de Magog	74 641 $	72 348 $
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	39 064 $	38 016 $
Les Jeunes du coin d'Ascot	78 551 $	75 788 $
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	78 180 $	76 555 $
Les Soupapes de la bonne humeur	74 641 $	72 348 $
Les Tabliers en folie	89 726 $	87 942 $
Maison de la famille de Sherbrooke	7 685 $	7 579 $
Maison de la famille Memphrémagog	28 528 $	28 134 $
Maison des grands-parents de Sherbrooke	3 913 $	3 859 $
Maison des jeunes de Fleurimont	26 583 $	14 513 $
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	40 683 $	30 864 $
Maison des jeunes l'Initiative	79 689 $	76 842 $
Maison Jeunes-Est	198 858 $	194 435 $
Marraine Tendresse de l'Estrie	16 565 $	16 156 $
Moisson-Estrie	142 398 $	139 410 $
Moment HOM Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	10 359 $	10 041 $
Naissance Renaissance Estrie	170 043 $	165 331 $

Organismes communautaires	2009-2010 Base annuelle	2008-2009 Base annuelle
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	26 583 $	14 513 $
Points Jeunesse du Granit	95 557 $	92 219 $
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	108 328 $	106 832 $
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	16 635 $	16 405 $
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	97 489 $	95 754 $
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	24 031 $	23 699 $
Le Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	4 041 $	3 985 $
Ressources communautaires en santé mentale «L'Éveil»	110 026 $	107 962 $
S.O.S. Grossesse (Estrie)	139 859 $	135 564 $
S.P.E.C. Tintamarre inc.	186 054 $	182 319 $
Secours-Amitié (Estrie)	161 892 $	158 636 $
Séjour la Bonne Oeuvre	612 530 $	602 360 $
Sercovie (personnes âgées)	28 127 $	27 739 $
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	139 860 $	135 564 $
Société de l'autisme et des T.E.D. (S.A.T.E.D.E.) De l'Estrie	30 045 $	29 122 $
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	78 552 $	75 790 $
Unité DOMRÉMY d'Asbestos	74 641 $	72 348 $
Unité DOMRÉMY Danville-Shipton	26 656 $	25 839 $
Unité DOMRÉMY de Windsor	13 481 $	13 217 $
Virage Santé Mentale	116 492 $	114 339 $
Zone libre Memphrémagog	75 768 $	74 294 $
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**13 810 280 $**	**13 445 118 $**
GRAND TOTAL	**16 414 216 $**	**16 008 198 $**

Annexes

Annexe 1

Organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2010



Annexe 2

Le code d'éthique et de déontologie des administratices et des administrateurs

Adopté par le conseil d'administration le 27 mars 2001.
Révision adoptée le 8 mai 2002 par le conseil d'administration.
Révision adoptée par le conseil d'administration, le 16 mai 2007.

Déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- d'élaborer des orientations relatives aux services à offrir;
- de répartir équitablement les ressources mises à la disposition de l'Agence.

Considérant la mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie :

« L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, principalement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. »

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Devoirs et obligations

- À son entrée en fonction, toute administratrice et tout administrateur nommés au conseil d'administration doivent s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie, et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administratrice et d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, ainsi qu'à la directrice ou au directeur de la santé publique.

- Les administratrices et les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de l'Estrie.

- Les administratrices et les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

- Les administratrices et les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'Agence, en utilisant un langage et un comportement appropriés, et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

- Les administratrices et les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

- Les administratrices et les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

- Après l'expiration de son mandat, toute administratrice et tout administrateur continuent de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Toute administratrice et tout administrateur doivent éviter tout conflit d'intérêts, ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflit d'intérêts.

- Chaque administratrice et administrateur doivent poser des gestes dont ils peuvent, lorsqu'ils en sont tenus, discuter ouvertement et sans réserve en public.

- Aucune administratrice et aucun administrateur ne doit rechercher, pour elle ou pour lui, ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

- Toute administratrice et tout administrateur, autres que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, qui ont un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit leur intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doivent, sous peine de déchéance de leur charge, dénoncer par écrit leur intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle ils ont cet intérêt est débattue. En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q, c.M-30, r.0.1, a.10), la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, ou la directrice ou le directeur de santé publique, doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de la ou de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.

- Après l'expiration de leur mandat, toute administratrice et tout administrateur doivent respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions d'administratrice ou d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

- Avant d'entrer en fonction, toute administratrice et tout administrateur doivent signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code, et ils doivent amender et compléter cette déclaration dès qu'ils connaissent un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.0.1), la présidente ou le président du conseil d'administration, ou la première dirigeante ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective, doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- La présidente ou le président du conseil d'administration, ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général d'un organisme qui veut poser sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Elle ou il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où elle ou il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

- L'administratrice et l'administrateur s'engagent à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, ils reconnaissent l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaissent également la souveraineté de l'assemblée.

- L'administratrice et l'administrateur respectent les droits et les privilèges des autres administratrices et administrateurs.

- L'administratrice et l'administrateur respectent l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; ils demanderont l'huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

- Dans le cadre d'une assemblée, l'administratrice et l'administrateur évitent d'afficher leur position par des signes extérieurs. Ils attendent le moment du débat pour exprimer leur position et conservent une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

- L'administratrice et l'administrateur ont le droit de faire inscrire nommément leur dissidence au procès-verbal.

- L'administratrice et l'administrateur évitent de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Intégrité

- L'administratrice et l'administrateur ne doivent pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre leur impartialité, leur jugement ou leur loyauté.

- L'administratrice et l'administrateur ne doivent pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de leurs fonctions.

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

- Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit la présidente ou le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de cette dernière ou ce dernier, la vice-présidente ou le vice-président.

- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête, tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- L'administratrice ou l'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

- Les personnes désignées doivent adresser un rapport à la présidente ou au président, ou à la vice-présidente ou au vice-président du conseil d'administration.

- La présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administratrices et administrateurs qu'elle ou qu'il désigne.

- À défaut par la présidente ou le président, ou la vice-présidente ou le vice-président, de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administratrices et administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administratrices et administrateurs.

- Le comité notifie à l'administratrice ou à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administratrice ou l'administrateur qu'elle ou qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

- Sur conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.

- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflit d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administratrice ou à l'administrateur concerné.

- Les délibérations de la présidente ou du président, de la vice-présidente ou du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seuls l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administratrice ou de l'administrateur visé pourront être rendus publics.

- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice, en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

- L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie à l'intention des administratrices et des administrateurs de l'Agence, à toute personne qui en fait la demande.

- Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Annexe 3

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

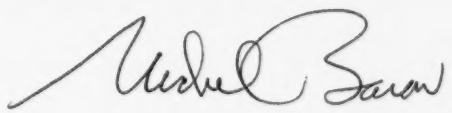
Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009 – 2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

> présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;

> présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009 – 2010.

Signée à Sherbrooke, le 27 mai 2010



Dr Michel Baron
Président-directeur général

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,61 %	5,72 %	5,42 % (P12)
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	40 % des étab. (4,95 %).	100 % (3,87 %)	30 % (4,61 % [P12])
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	100 % des étab. (0,55 %)	100 % (Suivi)	100 % (0,52 % [P12])
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	N/D	60 %	53,3 %

Commentaires

3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées
Le résultat de 2009-2010 est basé sur 13 établissements et démontre une meilleure performance que l'an dernier. En effet, 8/13 ont atteint leur cible et cinq ne l'ont pas atteinte. Nous poursuivons l'effort régional en maintenant notre engagement de **5,72 %** en 2010-2011.

3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier
Le résultat de 2009-2010 est basé sur 10 établissements. Parmi ceux-ci, 30 % ont respecté leur engagement et ont atteint l'objectif. Les résultats indiquent une meilleure performance que l'an dernier pour le ratio. Nous poursuivons les efforts afin de réduire les heures supplémentaires dans la région en 2010-2011. Notons que la région de l'Estrie se démarque en atteignant le 4e rang[4] à l'échelle provinciale.

3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier
Le résultat de 2009-2010 est basé sur 10 établissements. Tous les établissements sont sous la moyenne provinciale dans leur catégorie et ont ainsi atteint l'objectif de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier. Soulignons que la région de l'Estrie est au 1er rang[12] à l'échelle provinciale.

- **Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmiers et infirmières**

Le résultat de 2009-2010 est basé sur 8 établissements. Parmi ceux-ci, 2 établissements sur 8 ont atteint leur cible et 6 ne l'ont pas atteinte. Nous devons poursuivre les efforts afin d'augmenter le pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmiers et infirmières en 2010-2011. La région de l'Estrie se démarque en atteignant le 4e rang à l'échelle provinciale[4].

Nom : Nicole Berthiaume	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la P12.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	7/11 (64 %)	100 %	8/11 (73 %)

Commentaires

Comparativement aux années précédentes, nous observons une progression graduelle vers l'atteinte des ratios recommandés pour l'ensemble des missions des établissements. En effet, 8/11 (73 %) des établissements de la région ont atteint les ratios comparativement à un ratio de 7/11 (64 %) en 2008-2009 et de 4/11(36 %) en 2007-2008. Pour l'Estrie, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales demeurent une priorité. De plus, un tableau de bord régional a été conçu pour soutenir les établissements dans leur planification des mesures à mettre en place afin de prévenir et contrôler les infections nosocomiales. Ce tableau de bord est mis à jour annuellement.

Ratios recommandés par type de mission :

CHU : 1/100 lits

- Le CHUS obtient un ratio de **0,83**, soit 5,56 infirmières pour 673 lits. Au cours de l'année, un poste était sans titulaire.

PSY : 1/250 lits

- Le CHUS obtient un ratio de **0,99**, soit 0,44 infirmière pour 111 lits.

CHSGS : 1/133 lits

- L'Estrie obtient un ratio total de **0,82**. Parmi les quatre établissements dans cette catégorie, deux atteignent le ratio et 2 autres sont en voie de l'atteindre.

CHSLD : 1/250 lits

- Au total, l'Estrie atteint le ratio recommandé. Toutefois, certains établissements sont au-dessus du ratio tandis que d'autres ont un écart à combler. En effet, 6/8 établissements atteignent le ratio recommandé et les deux autres sont près du but, soit 0,87 et 0,94.

SLD aux adultes avec diagnostic psychiatrique : 1/300 lits

- L'établissement désigné atteint le ratio recommandé.

URFI : 1 infirmière/160 lits

- L'établissement désigné atteint le ratio recommandé.

Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	N/D	80 %	92,4 %

Commentaires

La clientèle rejointe par les SIPPE représente 92,4 % de la clientèle ciblée, c'est-à-dire 92,4 % des femmes qui correspondent à l'un ou l'autre des critères d'admissibilité au programme, soit :

- être âgée de 19 ans ou moins à la naissance de l'enfant (profil PSJP) ou
- avoir 20 ans ou plus, une scolarité inférieure au cinquième secondaire et un revenu familial inférieur au seuil de faible revenu.

Entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010, sur un nombre estimé de 329 femmes ayant accouché et répondant aux critères, 304 ont été rejointes. Malgré la pandémie, les CSSS ont rejoint plus de femmes que la cible attendue.

Les femmes enceintes sont rejointes en moyenne à 18 semaines de grossesse, la cible à atteindre étant fixée à 16 semaines.

La région de l'Estrie se démarque en atteignant le 2e rang à l'échelle provinciale[4]

Nom : Renée Cyr	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la PI2.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Implanter l'approche *École en santé* dans le écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*	40/145	Suivi	55/145

Commentaires

Selon le suivi régional réalisé par la DSPE et la Direction régionale de l'Estrie, auprès des gestionnaires des 2 réseaux (CSSS et commissions scolaires), 55 écoles sur 145 (incluant les écoles privées, tel que prescrit par le MSSS) sont engagées dans une démarche *École en santé*. Donc, ce sont 15 écoles de plus que l'an dernier.

Le résultat de 55/145, soit 38 % des écoles rejointes en Estrie, est supérieur à la norme proposée par le MSSS, soit d'implanter le programme dans 25 % des écoles.

Nom : Marie-Thérèse Payre	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	57,2 %	75 %	61,1 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	36,3 %	75 %	37,9 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	57,3 %	75 %	61,5 %

Commentaires

Il s'agit d'indicateurs sur la performance à offrir le service en temps opportun et vacciner 75 % des enfants ciblés dans les 7 jours de la date prévue pour 3 vaccins qui servent de marqueurs. Il ne s'agit pas d'une couverture vaccinale puisque seuls les enfants ayant reçu les vaccins en question à leur CSSS sont considérés dans le dénominateur.

Deux CSSS atteignent ou dépassent pour la première fois en 2009 la cible de 75 % à l'âge de 2 mois, trois CSSS sont en progression vers son atteinte, un CSSS est stationnaire alors qu'un dernier montre des signes de régression. À l'âge de 12 mois, aucun CSSS n'atteint la cible de 75 % pour le vaccin examiné mais 3 d'entre eux présentent une amélioration notable depuis 2008.

Pour l'ensemble de l'Estrie, cela se traduit par une légère hausse régionale de la performance depuis 2006, mais aucun des 3 indicateurs n'a atteint les résultats attendus.

L'explication de ces résultats est multifactorielle. Le sous-comité régional 0-2 ans travaille sur des stratégies pour améliorer la couverture vaccinale en Estrie, incluant l'offre de service. Ces résultats seront portés à l'attention du comité directeur de santé publique dans le cadre du bilan annuel des travaux de ce sous-comité.

Au niveau provincial, un ajustement de ces indicateurs de performance quant aux délais optimaux à mesurer sera discuté aux tables des coordonnateurs en maladies infectieuses et des directeurs de santé publique.

Nom : Suzanne Ménard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	N/D	100 %	71 %
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	N/D	100 %	57 %

Commentaires

La majorité des établissements de l'Estrie ont un comité de PCI fonctionnel et plus de la moitié ont développé un programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales. Pour certains, leur programme devrait être adopté par le conseil d'administration de l'établissement au cours de l'année 2010-2011, ce qui augmentera le résultat pour la région.

L'Estrie maintient sa préoccupation envers la prévention et le contrôle des infections nosocomiales et poursuit le suivi d'un ensemble d'indicateurs portant sur la PCI à l'aide d'un tableau de bord.

1.1.17
Pour 2009-2010, 5/7 (71 %) établissements ayant une vocation de soins aigus en Estrie ont un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.

1.1.18
Pour 2009-2010, 4/7 (57 %) établissements ayant une vocation de soins aigus en Estrie ont un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 949	2 444	3 077
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,2	3,7	3,4

Commentaires

La cible régionale pour le nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS est atteinte de 126 %. Tous les CSSS ont atteint et même dépassé leur cible respective.

En ce qui concerne l'intensité des services offerts, la cible régionale n'est pas atteinte (écart de 0,3), et ce, malgré un écart positif tant pour le nombre d'usagers desservis (633 ou 24 %) que pour le nombre d'interventions réalisées (1 335 ou 15 %).

Les CSSS de notre région ont desservi un plus grand nombre d'usagers différents et offert plus d'interventions comparativement à l'an dernier, ce qui traduit une augmentation par rapport à l'accessibilité des services. L'utilisation de la thérapie brève par certains CSSS serait un élément explicatif en regard de l'augmentation de l'intensité des services offerts.

Nom : France Leblanc	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles correspondant à l'engagement découlant de l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	6 383	7 037	6 610
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	32,1	28,3	29,4

Commentaires

Bien que la cible ne soit atteinte qu'à 94 % pour le nombre d'usagers, ce sont 227 personnes supplémentaires qui ont été rejointes par rapport à l'année dernière.

En 2009-2010, le taux de desserte est stable à 13 %. Rappelons que la cible ministérielle prévue en 2010 consistait à desservir 16 % de la population de 65 ans et plus, soit 7 912 personnes.

Mentionnons que 37 % des 6 610 personnes desservies cette année ont accès à un service de gestion de cas visant à mieux coordonner l'ensemble des services qu'elles requièrent. Il s'agit d'une diminution de 3 % par rapport à l'an dernier. Cette diminution s'explique par un nombre moindre de gestionnaires de cas en poste durant l'année 2009-2010 que l'attendu dans un CSSS et des volumes moindres de personnes rejointes en gestion de cas dans trois territoires de CSSS.

Les CSSS poursuivent leurs efforts afin de rejoindre les cibles ministérielles et régionales visées.

Concernant le nombre moyen d'interventions par personne, il est de 6 % supérieur à la cible 2009-2010. La cible 2010 du MSSS de 24 est largement dépassée depuis 2006.

La région de l'Estrie se démarque en atteignant le 5e rang à l'échelle provinciale[4] pour l'indicateur 1.3.2.

Nom : Louise Constantin	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement pluriannuel inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la RI2.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en CHSLD en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs		***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,30	3,35	3,31
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,27	0,27	0,26

Commentaires

Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD est de 3,31 pour 2009-2010, ce qui représente 98,8 % des attentes.

Le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD est de 0,26 pour 2009-2010, ce qui représente 96,2 % des attentes.

En considérant les cibles ministérielles visées en 2010, soit de 3 heures pour les soins infirmiers et d'assistance et de 0,23 heure pour les services professionnels. Les établissements dépassent la cible ministérielle et ont maintenu leurs efforts de productivité par rapport à 2008-2009.

D'autre part, les établissements concernés se concentrent spécifiquement sur la formation du personnel et la réorganisation du travail, plus particulièrement pour les soins infirmiers.

La région de l'Estrie se démarque en atteignant le 5e rang à l'échelle provinciale[4] pour l'indicateur 1.3.3 et le 2e rang pour l'indicateur 1.3.4.

Nom : Charles Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la PI2.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique, en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs		*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 447	1 837	1 583
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	41,8	30,3	39,2

Commentaires

Bien que la cible ne soit atteinte qu'à 86 % pour le nombre d'usagers, ce sont 136 personnes supplémentaires qui ont été rejointes par rapport à l'année dernière.

La clientèle est bien desservie par les CSSS de la région. La fréquence d'intervention auprès de ces personnes en fait foi.

Les efforts sont à poursuivre afin de développer des stratégies de recrutement.

Nom : Saunia Caron	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	337	396	332

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant reçu des services de soutien est atteint à 84 % et est inférieur à l'année 2008-2009.

Des efforts sont à poursuivre en 2010-2011 afin de rejoindre le nombre d'usagers visés.

Nom : Saunia Caron	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services spécialisés – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3 437	3 297	3 578

Commentaires

Le nombre total de personnes desservies par le CRE représente une augmentation de 141 personnes (4,1 %) par rapport à 2008-2009.

Par ailleurs, le tableau ci-dessous présente les résultats par type de déficience. Seul le résultat atteint pour la déficience motrice est inférieur à la cible et s'explique par la diminution de la référence de la clientèle traumatisée couverte par l'entente avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), l'amélioration du bilan routier et la fin du contrat *Programme des soins personnalisés pour les personnes ayant une entorse ou une blessure musculaire*.

	Résultats 2008-2009	**Cibles**	**Résultats 2009-2010**
Déficience motrice	1389	1434	1333
Déficience visuelle	737	734	737
Déficience auditive	628	462	777
Déficience langage	683	667	731
TOTAL	**3437**	**3297**	**3578**

La région de l'Estrie se démarque en atteignant le 3e rang[4] à l'échelle provinciale

Nom : Saunia Caron	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la P12.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED, en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	812	695	891
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	9,8	11,7	11,7

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis représente une augmentation de 79 personnes par rapport à l'an dernier et dépasse largement la cible régionale et ministérielle.

L'engagement régional pour le nombre moyen d'interventions est atteint (407 usagers) et ce résultat dépasse celui de 2008-2009.

Toutefois, des efforts sont à poursuivre afin de se rapprocher de la cible du MSSS qui est de 12,1 interventions.

Pour le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS de la région de l'Estrie, le résultat se démarque en atteignant le 3e rang à l'échelle provinciale[4]

Nom : Saunia Caron	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la PI2.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	462	450	480

Commentaires

La cible est atteinte à 107 % pour le nombre d'usagers.

Le nombre d'usagers rejoints est supérieur au résultat 2008-2009 de 18 usagers et dépasse l'engagement régional de 30 usagers.

Nom : Saunia Caron	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	4 741	4 732	5 114
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,5	8,0	7,4

Commentaires

En 2009-2010, les résultats concernant le volume de clientèle Jeunes en difficulté dépassent les attentes. En fait, 5 114 jeunes ont bénéficié de services psychosociaux comparativement à 4 732 attendus (108 %). D'autre part, ces résultats représentent, pour une 2e année consécutive, une hausse appréciable du volume de clientèle rejointe. Pratiquement tous les CSSS de la région ont contribué à ce succès.

Quant à l'intensité des interventions reçues par la clientèle Jeunes en difficulté de la région, la moyenne d'intervention 2009-2010 est de 7,4, ce qui représente 92,5 % des attentes. En considérant la cible nationale de 7, le volume supplémentaire de clientèle rejointe par les établissements ainsi que les résultats antérieurs par rapport à l'intensité des interventions, nous estimons que les établissements ont maintenu leurs efforts de productivité.

Il sera important de suivre l'évolution de ces résultats dans les deux prochaines années puisque les CSSS s'engageront dans l'implantation d'un service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu ainsi que dans une programmation intégrée en négligence.

La région de l'Estrie se démarque en atteignant le 3e rang à l'échelle provinciale[4] pour l'indicateur 1.6.2.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.
4 - Rang : correspondant au résultat obtenu à la PI2.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	11,7	12	26,3
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	16,2	30	14,5
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	6,5	14	10,2

Commentaires

En 2009-2010, les attentes en regard des services de 2e ligne pour les jeunes estriens en difficulté ont été rencontrées en ce qui concerne l'application des mesures en protection de la jeunesse et la prise en charge en vertu de la LSJPA. Ainsi, comparativement à l'année précédente, la situation a continué de s'améliorer pour le délai moyen d'attente à l'application des mesures, ce délai étant passé de 16,2 jours en 2008-2009 à 14,5 jours en 2009-2010. Il s'agit d'un délai bien inférieur aux attentes. Quant au délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA, durant toute l'année, les résultats ont été inférieurs aux attentes pour atteindre 10,2 jours d'attente, comparativement aux 14 jours ciblés.

Le tableau est par contre différent en ce qui concerne le délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse. Ce délai est passé de 11,7 jours à 26,3 jours, au terme de l'année. Cet écart s'explique notamment par une moyenne récurrente de 50 dossiers en attente par semaine, doublée d'une hausse inégalée du nombre de signalements pour l'année (1 073 signalements en 2009-2010, soit environ 200 signalements supplémentaires pour l'année). À cet égard, l'effort de productivité du personnel du Centre Jeunesse a été mis à l'épreuve et la Direction de la protection de la jeunesse compte réviser certaines pratiques, notamment en ce qui concerne les premiers contacts à établir avec la clientèle ainsi que la saisie de données.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Jeu pathologique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	119	195	137

Commentaires

En Estrie, en 2009-2010, le volume de clientèle ayant bénéficié de services spécialisés en jeu pathologique a augmenté pour atteindre 137 usagers à la fin de l'année, comparativement à 119 l'an dernier. Bien que la cible de 195 usagers ne soit pas atteinte par l'établissement, toutes les demandes de services ont été répondues, sans liste d'attente. Par ailleurs, ajoutons que l'établissement a rejoint 18 proches de joueurs pathologiques.

Enfin, des échanges sont présentement en cours entre l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec et les autorités du MSSS pour revoir la cible nationale du nombre de joueurs à traiter par les services spécialisés en jeu pathologique.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	245,1	461	267,7
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	12,7	12	13,8

Commentaires

1.8.5

Notons que l'indicateur tel que défini ne reflète pas adéquatement la pratique clinique en soutien d'intensité variable. La région de l'Estrie en a fait part au MSSS dans le cadre de sa tournée pour l'évaluation de l'implantation du plan d'action ministériel en santé mentale.

Le soutien clinique du Centre national d'excellence en santé mentale qui devrait s'amorcer cet automne est très attendu en Estrie, à défaut de budgets supplémentaires.

1.8.6

Considérer que le suivi intensif en équipe n'est pas encore implanté au CHUS. Ces résultats correspondent aux places en soutien d'intensité variable toujours disponibles mais en voie de transformation vers l'offre de service en soutien intensif.

Nom : Liane Savard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services d'urgence – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs		***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	21,6	18	29,8
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	11 %	9,0 %	19,3%

Commentaires

Les résultats pour ces 2 indicateurs se sont détériorés au cours de l'année 2009-2010.

Devant de tels résultats et malgré les mesures mises en place par le CHUS et par les partenaires et l'Agence, la diminution des séjours à l'urgence pour des problèmes de santé mentale tardent à se manifester. Plusieurs démarches sont actuellement entreprises pour atteindre de meilleurs résultats, dont un plan d'action à très brève échéance ciblant des actions précises permettant d'atteindre la cible identifiée pour diminuer les séjours sur civière.

Nom : Diane Giard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de première ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 259	3 944	3 859

Commentaires

Au global, la région atteint 98 % de la cible, ce qui constitue une amélioration depuis l'année dernière. Sur le plan des services auprès des jeunes de moins de 18 ans, il reste des progrès à faire compte tenu que le résultat atteint est à 95 % de la cible. Quant aux services offerts aux adultes, le résultat atteint est à 98,5 % de la cible. Les résultats sont satisfaisants et les efforts se poursuivront.

Certains ajustements sont à prévoir dans certains CSSS entre les services psychosociaux généraux et les services ambulatoires en santé mentale afin de mieux hiérarchiser les services de santé mentale aux jeunes et aux adultes. La démarche est en cours.

Nom : Liane Savard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement d'ébourré inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de deuxième ligne – santé mentale**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	70	33	168

Commentaires

Les délais de plus de 60 jours sont davantage observés en santé mentale adulte où le poste d'infirmière clinicienne ou d'infirmier clinicien responsable de ce service a été dépourvu de titulaire durant quelques mois.

La situation devrait s'améliorer d'autant plus qu'un psychiatre a été affecté récemment à ce service.

Nom : Liane Savard	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services d'urgence – santé physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.9.1 Séjour moyen sur civière	11	10,8	11,9
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	12,6	13	13,3
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1,5 %	2 %	2,1 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,5 %	1,9 %	1,8 %

Commentaires

Le séjour moyen sur civière à l'urgence en région est à 11,9 heures, soit une hausse de 0,9 heure comparativement à l'an dernier. L'Estrie est la 3e région la plus performante du Québec.

Le séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus en région est de 13,3 heures comparativement à 24,2 heures pour tout le Québec. L'Estrie agit à titre de chef de file sur le plan des délais sur civière auprès de cette clientèle en atteignant le 2e rang à l'échelle provinciale[4]. Nous soulignons l'étroite collaboration des partenaires du réseau dans l'atteinte de cet objectif.

Le nombre de visites à l'urgence est passé de 882 (2008-2009) à 1 268 (2009-2010). Le pourcentage de séjour sur civière de 48 heures est demeuré stable à 2,1 % en Estrie. La région de l'Estrie se démarque encore en atteignant le 3e rang à l'échelle provinciale[4].

Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus en Estrie est légèrement supérieur à celui de l'année précédente, mais il est inférieur à la cible fixée. Ce résultat est le fruit des efforts fournis par le CHUS et les CSSS du réseau à maintenir cette performance puisque, pour tout le Québec le résultat est de 13 %, situant ainsi la région de l'Estrie au 3e rang à l'échelle provinciale[4].

Nom : Diane Giard	**Date** : 17 mai 2010

1 – Résultats en date du 31 mars 2009.
2 – Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 – Résultats en date du 31 mars 2010.
4 – Rang : correspondant au résultat obtenu à la PI2.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soins palliatifs**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	717	874	812
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	22,3	17,1	21

Commentaires

1.9.5
Le nombre d'usagers desservis est atteint à 93 % de la cible. Par ailleurs, ce nombre a augmenté de 95 personnes par rapport à l'an dernier.

1.9.6
Le nombre moyen d'interventions est supérieur à la cible régionale et à la cible ministérielle (16).

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Lutte contre le cancer**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines.

Indicateurs	*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	96,5 %	90 %	96,6 %

Commentaires

Le résultat atteint en 2009-2010 dépasse de 6,6 % la cible et est stable comparativement à l'année précédente. Cette performance peut s'expliquer par :

- une réorganisation du travail en radio-oncologie;
- l'ajout de temps supplémentaire afin de répondre à l'augmentation des demandes de services;
- l'orientation d'une dizaine de patients et de patientes dans différents centres partenaires afin de répondre aux normes requises de délais de mise en traitement.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Cardiologie tertiaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Catégorie A :	99 %	100 %	99 %
Catégorie B :	95 %	90 %	99 %

Commentaires

Les résultats concernant l'offre de service en hémodynamie sont très satisfaisants pour l'année 2009-2010.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Cardiologie tertiaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Catégorie A :	87 %	100 %	88 %
Catégorie B :	69 %	90 %	87 %

Commentaires

Les demandes de la catégorie A (priorités 1 et 2) sont toujours priorisées. Par contre, la disponibilité des ressources (chirurgiens et chirurgiennes, anesthésistes, infirmiers et infirmières au bloc opératoire) et l'ensemble des spécialités chirurgicales pour lesquelles l'accessibilité doit être assurée, limitent le nombre de disponibilités opératoires pour les chirurgies cardiaques.

Malgré ces difficultés, le résultat pour l'année 2009-2010 est légèrement supérieur à celui de l'année précédente sans toutefois atteindre la cible.

À noter, l'importante augmentation de la réalisation des demandes de services de la catégorie B qui est passée de 69 % en 2008-2009 à 87 % en 2009-2010.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Cardiologie tertiaire**
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Catégorie A :	99 %	100 %	96 %
Catégorie B :	19 %	60 %	31 %

Commentaires

Les cibles pour les deux catégories ne sont pas atteintes : légère baisse pour la catégorie A par rapport à 2008-2009. Toutefois, notons une amélioration pour la catégorie B par rapport à 2008-2009.

Pour la catégorie A, seules les ablations ne sont pas réalisées à l'intérieur des délais. Les défibrillateurs cardiaques sont tous installés selon les délais attendus.

Pour la catégorie B, le pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais ne pourra être atteint que par la mise en opération de la salle entièrement dédiée à l'électrophysiologie, inaugurée en mars 2010.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Chirurgie**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou, d'une chirurgie de la cataracte, d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	***Résultats[1] 2008-2009***	***Cibles[2] 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	79 %	100 %	90 %
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	70 %	100 %	78 %
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99 %	90 %	98 %

Commentaires

- La cible de 100 % n'est pas atteinte. Par contre, notons une amélioration importante de 2008-2009 à 2009-2010.
- La cible de 100 % n'est pas atteinte, mais les résultats se sont améliorés de 70 % en 2008-2009 à 78 % en 2009-2010. Une entente a été convenue entre 2 établissements afin de permettre à un orthopédiste de diminuer le nombre de ses patients et patientes en attente.
- Le résultat atteint est supérieur à la cible pour les personnes traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.

Les établissements ont implanté des procédures et des outils afin d'assurer au quotidien un meilleur suivi de la clientèle et d'améliorer ainsi leur performance.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Prévention et contrôle - infections nosocomiales**
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		*Résultats[1] 2008-2009*	*Cibles[2] 2009-2010*	*Résultats[3] 2009-2010*
2.2.2 Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	**Total installations**	**45 %**	**100 %**	**62 %**
	Répertoire	54 %	100 %	82 %
	Catégorisation	54 %	100 %	82 %
	Accord responsable	38 %	100 %	56 %
	Accord au C.A.	43 %	100 %	44 %
	Application	37 %	100 %	44 %

Commentaires

Nous sommes en mesure d'observer une progression vers l'atteinte de la cible comparativement à l'année précédente. En effet, au terme de l'année 2009-2010, 4/11 (36 %) établissements ont réalisé en totalité les 5 étapes des lignes directrices en hygiène et salubrité, comparativement à 2/11 (18 %) pour l'année 2008-2009. De plus, comparativement à l'année précédente, nous observons une progression de 17 % (45 % comparativement à 62 %) vers l'atteinte de la cible pour le total des installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises. Aussi, l'atteinte des cibles pour chacune des étapes est en progression :

- Répertoire : augmentation de 28 % (54 % à 82 %);
- Catégorisation : augmentation de 28 % (54 % à 82 %);
- Accord du responsable: augmentation de 26 % (38 % à 56 %);
- Accord du C.A. : augmentation de 16 % (43 % à 44 %);
- Application : augmentation de 22 % (37 % à 44 %).

Pour certains établissements, la pandémie a retardé la réalisation d'activités relativement aux étapes des lignes directrices en hygiène et salubrité. Enfin, un plan d'action a été demandé à certains établissements présentant un retard important dans l'atteinte de cet indicateur.

Nous poursuivons le suivi de cet indicateur, d'une part par le biais du suivi de gestion et, d'autre part, par le tableau de bord régional en prévention et en contrôle des infections nosocomiales.

Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 17 mai 2010

1 - Résultats en date du 31 mars 2009.
2 - Cibles : correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2009-2010.
3 - Résultats en date du 31 mars 2010.

LES ÉTABLISSEMENTS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
CSSS des Sources
CSSS de la MRC-de-Coaticook
CSSS du Granit
CSSS du Haut-Saint-François
CSSS du Val-Saint-François
CSSS de Memphrémagog
Centre jeunesse de l'Estrie
Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison Saint-Georges (centre de réadaptation – santé mentale et toxicomanie)
CRDITED Estrie (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)
Centre de réadaptation Estrie (centre de réadaptation - déficience physique)
Villa Marie-Claire (centre de réadaptation - mères en difficulté d'adaptation)
La Maison Rose-Blanche (centre d'hébergement pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Siège social
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Tél. : 819 566-7861

Ressources informationnelles
295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Tél. : 819 566-7861

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec